UNIVERSITE DE LAUSANNE – FACULTE DE MEDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. Müller

Etude sur l'evolution de la catatonie periodique

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

LEOPOLDO ORTEGA-MONASTERIO
Médecin diplômé de l'Université de Barcelona
de Huesca (Espagne)

Juris Druck + Verlag Zürich
1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546809_0005

UNIVERSITE DE LAUSANNE – FACULTE DE MEDECINE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE
Directeur: Professeur C. Müller

Etude sur l'evolution de la catatonie periodique

THESE

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

LEOPOLDO ORTEGA-MONASTERIO
Médecin diplômé de l'Université de Barcelona
de Huesca (Espagne)

Juris Druck + Verlag Zürich
1977

Université de Lausanne

Faculté de Médecine

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs

C. MULLER et Dr M.BURNER, professeur associé,

et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée:

"ETUDE SUR L'EVOLUTION DE LA CATATONIE PERIODIQUE",

*présentée par M*onsieur Leopoldo ORTEGA-MONASTERIO,

Médecin diplômé de l'Université de Barcelona de Huesca(Espagn

pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 23 septembre *19* 77

UNIV. LEIDEN BIBL.

Le Doyen:

Prof. G. Favez

ISBN 3 260 04300 4

Avec mes remerciements,

- Au Prof. C. Müller, pour sa grande disponibilité dans la direction de cette thèse.

- Au Dr G. Schneider PD, pour ses apports et son aide dans la rédaction du manuscrit original.

- A Mme J. Wyss, bibliothècaire, qui très gentiment a mis à ma disposition le matériel bibliographique nécessaire.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION

2. ABREGE HISTORIQUE DU CONCEPT DE CATATONIE

3. PROBLEMES PSYCHOPATHOLOGIQUES, LA CATATONIE NON-SCHIZOPHRENIQUE, LA CATATONIE PERNICIEUSE

4. LA " PERIODICITE ", CONSIDERATIONS CLINIQUES ET ETUDES BIOLOGIQUES

5. ETUDE CATAMNESTIQUE

   A. Matériel, méthodologie et hypothèse de travail

   B. Types d'évolution

   C. Fréquence de la catatonie

   D. Evaluation des éléments maniaques ou dépressifs et du status psychique pendant les intervalles

   E. Casuistique

6. ETAT PSYCHIQUE DANS L'INTERVALLE ET ETUDE DU VECU DE LA CRISE CHEZ 10 PATIENTS

7. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

8. RESUME

9. BIBLIOGRAPHIE

1. INTRODUCTION

Dans ce travail, nous nous intéressons à l'une des formes cliniques du groupe des psychoses schizophréniques : la catatonie. Il s'agit du sous-groupe de ces psychoses endogènes caractérisé par la présence de symptômes tels que stupeur, excitation motrice, négativisme, hallucinations. Ces symptômes s'installent parfois de façon rapide et dramatique. Autrefois, on connaissait encore des symptômes qui ont disparu aujourd'hui, tels que la flexibilité cireuse, l'oreiller psychique, etc...

Les questions qui nous intéressent dans ce travail sont :

1. Peut-on distinguer des sous-groupes dans le cadre de la catatonie schizophrénique ?
2. Qu'en est-il de la "périodicité" de cette affection ?
3. Que savons-nous de l'équilibre psychique des malades dans l'intervalle entre les accès ?

Nous nous intéressons à ces questions parce que nous avons pu nous rendre compte que dans la littérature récente il en est rarement question.

Le travail est divisé en trois parties. La première comporte une analyse de la littérature pour ce qui concerne l'histoire de la maladie. La deuxième se base sur le matériel de l'"Enquête de Lausanne" qui a été entreprise dans notre clinique depuis 1963 et qui comporte tous les malades hospitalisés entre 1910 et 1963, dont un assez grand nombre de catatoniques. La troisième partie comprend l'étude personnelle d'un groupe de malades hospitalisés plus récemment et dont nous avons suivi l'évolution.

2. ABREGE HISTORIQUE DU CONCEPT DE CATATONIE

Au XIXème siècle, les cliniciens rangeaient les états stuporeux comportant des troubles de la motricité d'où ils infèraient une "stupéfaction du cerveau", sous les termes de "melancolia cum stupore" ou de "melancolia attonita".

Alors que pour Esquirol et Pinel, les états de stupeur appartenaient aux états démentiels et à l'idiotisme, Baillarger (1843) considéra la stupeur comme le degré maximal de la mélancolie simple et introduit le concept de "melancolie cum stupore".

Avant l'apparition du concept de Kahlbaum, les cliniciens allemands incluaient les états de stupeur dans la démence ou dans la mélancolie, suivant respectivement les conceptions de Pinel ou de Baillarger.

Le Belge Guislain ébaucha en 1852 quelques notions qui se précisèrent plus tard avec l'exposé de Kahlbaum. Au chapitre des démences, dans ses leçons sur les phrénopathies, Guislain séparait une forme morbide qu'il appelait "extase", et qu'il plaçait entre la manie et la mélancolie.

Introduit en psychiatrie par Kahlbaum lors du congrès d'Innsbruck de 1868, puis dans une monographie de 1874, le terme de catatonie visait ce que les cliniciens qui l'avaient précédé désignaient par "melancolia attonita", mais qu'ils n'avaient pas encore bien délimité par rapport à la stupeur mélancolique. Dans l'évolution ultérieure et la revision du concept, il sera tenu toujours plus compte d'autres troubles de la psychomotricité.

Kahlbaum fonda une nosographie s'inspirant d'hypothèses anatomo-cliniques, en même temps qu'il donne une large part à la description des manifestations psychiques et motrices. Il étudia en effet, avec minutie l'état des muscles et des nerfs périphériques. Les descriptions devaient servir de base à l'élaboration du concept de catatonie que Kahlbaum définit comme : "une maladie cérébrale qui affecte un cours cyclique variable, dans lequel les symptômes psychiques revêtent successivement l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion et enfin de la démence; l'une ou l'autre de ces phases peut faire défaut; cette affection comporte comme manifestations essentielles, à côté des symptômes psychiques, des phénomènes du système nerveux moteur qui ont le caractère général de la crampe (Krampf)". D'où le nom de "Vésania Catatonica".

A la recherche d'une théorie pathogénique, il parla de lésions arachnoïdiennes localisées à la base du cerveaux, reconnaissant cependant que le manque de connaissances ne permettait pas de conclure à une étiologie définitive. Quant au pronostic, il le considérait comme relativement favorable.

La conception de Kahlbaum ne trouva guère de résonnance parmi ses contemporains ni parmi les psychiatres venus après. Lors de l'exposé de son concept aux congrès d'Innsbruck (1868) et de Berlin (1871), il n'avait rencontré aucune adhésion.

Westphal développe en 1876 le concept de paranoïa primitive qu'il exposa au congrès de Hambourg. Selon cet auteur, la catatonie de Kahlbaum faisait partie de ce grand groupe de troubles mentaux dont toutes les formes comprenaient un trouble primitif de l'activité intellectuelle aussi bien les formes aiguës que chroniques.

Dans des travaux publiés en Amérique entre les années 1877 et 1884, les idées de Kahlbaum furent reprises par Spitzka et Kiernan. Ce dernier auteur défendit une théorie anatomo-pathologique admettant l'existence de lésions méningitiques de la base du cerveau. L'étiologie était attribuée à la diathèse scrofuleuse et à la tuberculose juvénile.

En 1886, SchÜle engloba la catatonie dans la paranoïa, déniant à la catatonie la valeur d'une entité nosologique. Il insistait sur la grande importance des idées délirantes et des hallucinations. Ce critère conservera encore une certaine importance nosographique et conceptuelle,surtout lorsqu'il s'agira de définir le " trouble fondamental " des psychoses schizophréniques. Pour SchÜle la catatonie représente : " un type clinique particulier de délire systématisé aigu avec hallucinations. Elle est caractérisée par le fait qu'on voit se produire une raideur musculaire durable ou intermittente, en même temps que la conscience, remplie par les hallucinations et les illusions, est plus ou moins fermée aux perceptions extérieures ". En insistant toujours sur l'importance des idées délirantes (" délire catatonique "), il subdivisait la catatonie selon le type de délire et il tenait les manifestations motrices pour des expressions du délire. Il distinguait ainsi les catatonies expansive, dépressive et hystérique. Plus tard, en 1901, il plaçait la catatonie vraie dans le groupe de la démence primitive, et la différenciait des catatonies symptomatiques.

En France, Sèglas et Chaslin (1888) ne considéraient pas la catatonie comme une entité nosologique indépendante. D'après eux, les symptômes précisés par Kahlbaum ne sauraient être tenus pour pathognomoniques, pas plus que l'évolution cyclique ne caractérisait spécifiquement la catatonie dont ils font un syndrome.

Alors qu'en Allemagne on classait la catatonie parmi les délires systématisés et qu'en France on lui contestait toute autonomie, à Vienne, on la rangeait dans la confusion mentale. Meynert (1890) pour qui l'amentia représentait un complexe symptomatique, distinguait une amentia idiopathique ou autonome, et l'amentia symptomatique d'autres affections. Comme sous-groupe de l'amentia idiopathique, il différenciait une amentia associée qui, selon lui, pouvait se dérouler sous deux formes : la forme maniaque et la forme stuporeuse. Dans cette dernière, il remarqua l'importance d'autres symptômes de la psychomotricité (stéréotypies, verbigération, maniérisme, catalepsie, etc.).

Au XIXème siècle, il y eut cependant quelques auteurs qui furent d'accord avec Kahlbaum pour définir la catatonie comme une maladie autonome. Dans ce sens, Neisser écrivait en 1887 : "Quiconque a examiné avec attention un grand nombre de cas de catatonie, il m'approuvera si j'affirme que ce ne sont pas seulement quelques symptômes saillants, mais encore l'ensemble du tableau clinique qui font de cette affection un tout bien particulier".

Pour leur part, Brosius, Fink et Sommer, dans des monographies séparées, publiées en 1876, 1880 et 1894, signalèrent quelques similitudes entre hébéphrénie et catatonie, retenant que l'une ou l'autre pouvaient évoluer vers une déchéance. Cette conception synthétique se précisa bientôt. Ainsi, déjà en 1897, au congrès de Carlsruhe, Aschaffenburg exposa que l'hébéphrénie et la catatonie devaient relever d'un processus morbide unique.

Kraepelin n'avait pas accepté la notion de Kahlbaum et dans la première édition (1883) de son traité, il ne cite pas la catatonie. Dans les éditions suivantes (1887 et 1889), il range la catatonie dans les états paranoïaques. En 1893, se fondant sur des critères aussi bien cliniques qu'évolutifs, il postule la relation entre l'hébéphrénie et la catatonie. En 1898, au congrès de Heidelberg, il expose, pour la première fois, sa conception de la démence précoce. Dans la sixième édition de son traité en 1899, il réunit de façon unitaire, les formes hébéphrénique, catatonique et paranoïde. Le critère évolutif prépondérant l'avait amené à cette conception qui faisait de la déchéance psychique l'aboutissement fatal de la maladie.

En 1900, Wernicke introduisit la notion de psychoses de la motilité, groupe dans lequel il rangeait la catatonie. En créant cette classe nosologique, il se fondait essentiellement sur des critères cliniques. Dans l'ample groupe des psychoses de la motilité, il envisageait deux formes : l'une hyperkinétique, l'autre akinétique, qui équivalaient respectivement aux tableaux de l'agitation et de la stupeur.

Son élève Kleist, partant des critères anatomo-cliniques de son maître, procéda à une systématisation qui aboutità un néo-Kraepelinisme nosographique. Il définit une forme de manifestations catatoniques comme appartenant au groupe des psychoses de la motilité de Wernicke, et les classa dans les phasophrénies bipolaires ou polymorphes.

A diverses époques, des cliniciens ont signalé la similitude clinique entre la catatonie et certaines psychoses maniaco-

dépressives lors des phases psychotiques les plus actives, similitude également dans l'évolution. Si bien que le diagnostic différentiel devient parfois difficile. Une concomitance ou une alternance des symptômes des deux groupes de psychoses endogènes a suggéré le concept des psychoses mixtes.

Pour Eugène Bleuler la catatonie était une des formes cliniques des psychoses schizophréniques dont il fit l'exposé pour la première fois en 1911. Dans ce groupe, il rangeait aussi bien la forme simple que des formes rangées auparavant dans d'autres classes nosographiques. La classification de Bleuler est encore reconnue comme valable aujourd'hui dans plusieurs écoles. Plus tard, dans son manuel de Psychiatrie, Bleuler précise que les symptômes catatoni_formes ne sont pas absolument pathognomoniques de la schizophrénie, car ils peuvent apparaître aussi dans diverses maladies : psychoses du type de réaction exogène aigüe, psychoses séniles, états crépusculaires épileptiques, états stupureux psychogénétiques, etc...

En Belgique, P. Divry fit ressortir en 1928 que les symptômes de la série catatonique pouvaient être liés à diverses affections, insistant notamment sur les rapports cliniques entre les symptômes catatoniques et les manifestations des encéphalites ainsi que les syndromes extra-pyramidaux. Mais, il nota que la similitude n'était pas complète, des signes tels que le négativisme et le maniérisme ne se trouvant pas dans les syndromes extra-pyramidaux. Dans une monographie, il écrit : " le syndrome catatonique a perdu de plus en plus de sa signification pathognomonique ".

En 1928, Claude et H. Baruk font valoir que la catatonie constitue un syndrome clinique très individualisé et qu'elle

présente, en outre, un substratum physiologique précis. En cela, ils suivaient les critères donnés antérieurement par Sèglas et Chaslin.
Selon Claude et H. Baruk, le syndrome catatonique peut s'observer sous deux formes différentes :

a) l'état pur, cette forme étant superposable à la catatonie expérimentale sous l'aspect clinique et se recouvrant avec les descriptions faites par Kahlbaum. L'évolution est ici cyclique, en principe.

b) une forme associée avec intrication des signes complexes de désagrégation psychique plus ou moins progressive. Cette forme était appelée hébéphréno-catatonie et on l'intégrait dans l'ancien concept de démence précoce.

Pendant les troisième et quatrième décades de ce siècle, H. Baruk a surtout étudié les aspects biologiques des manifestations catatoniques, expérimentant chez l'animal.
Dans la même orientation Guiraud développa des hypothèses sur l'étiologie de la schizophrénie, hypothèses qui n'ont pas trouvé de confirmation.

Plusieurs auteurs ont élaboré des théories psychanalytiques de la catatonie. Pour Freud et Jung (1924) des conflits affectifs sont à l'origine de la maladie, et la psychose représenterait une compensation. A la même époque, ces théories furent approfondies par Abraham, selon qui les manifestations cliniques de la catatonie sont une expression de l'auto-érotisme, le silence, l'immobilité, l'introversion et le négativisme, des conduites narcissiques. Pour Rank (1928) la catatonie exprime le désir de retourner dans l'utérus maternel.

Levi-Bianchini fait du narcissisme le ressort affectif de la catatonie, ce qu'il illustre par des photographies montrant l'attitude foetale des catatoniques. Pour Kempf (1930), il s'agirait d'un mécanisme hystériforme d'auto-hypnose. Puis Nacht (1933) insiste sur le fait que le catatonique a perdu le pouvoir d'investissement libidinal d'un objet autre que lui-même, d'où une régression au stade auto-érotique.

En 1950, H. Ey consacra à la catatonie un long chapitre de ses Etudes Psychiatriques. Pour lui, dans la perspective organo-dynamique, les diverses manifestations catatoniques relèvent d'un processus de dissolution globale et apicale des fonctions psychomotrices. Du point de vue séméiologique, il considère que le tableau est protéiforme, tant les symptômes sont variés, en sorte qu'il n'est guère possible de les réduire à un syndrome typique et univoque. Il préfère parler d'un "mode de réaction", comme il le fait également pour l'anxiété, pour l'activité hallucinatoire, pour les troubles de la mémoire par exemple. Selon H. Ey, la dissolution de la conscience entraîne la libération des formes d'organisation particulières : inertie, répétitions, etc...

Actuellement, le concept des syndromes catatoniformes englobe les tableaux cliniques plus ou moins superposables mais qui peuvent être provoqués par des facteurs pathogéniques multiples. Il y a un consensus général dans le sens qu'une forme catatonique des psychoses schizophréniques existe. Plusieurs auteurs différencient encore l'hébéphréno-catatonie, la catatonie périodique, et la catatonie léthale. Le groupe d'évolution périodique a été spécialement étudié par Gjessing sous l'aspect biologique.

3. PROBLEMES PSYCHOPATHOLOGIQUES-LA CATATONIE NON-SCHIZOPHRENIQUE-LA CATATONIE PERNICIEUSE.

Le terme de catatonie est généralement employé en référence à des troubles psychopathologiques où prévalent ceux intéressant l'activité volontaire, et que Baruk réduit à quatre symptômes cardinaux:

a - la suppression de l'initiative et la catalepsie;

b- l'opposition et le négativisme

c - les mouvements spéciaux et les hyperkinésies;

d - les troubles organo-végétatifs.

Ces troubles peuvent apparaître aussi bien dans une des formes cliniques des psychoses schizophrénqiues, que dans de multiples tableaux d'étiologies diverses. Quelques auteurs réservent au premier groupe le concept de "catatonie vraie" et à ceux relevant d'autres étiologies des désignations telles que syndromes catatoniformes, pseudo-catatonies, catatonies symptomatiques ou réactions catatoniques exogènes (Bonhoeffer, Bumke). Le sujet étant controversé, il importe que soient définis les critères nosographiques.

Dans le groupe schizophrénique, aux côtés des manifestations motrices apparaissent d'autres symptômes de cette psychose: troubles de la pensée et de l'affectivité, hallucinations; l'accentuation de ces dernières manifestations donne lieu au tableau appelé hébéphréno-catatonie. Dans la grande catatonie, le patient reste longtemps immobile, totalement inaccessible, avec des postures bizarres et parfois régressives (comme "l'hyper-flexion embryonnaire" ou "position foetale"). A tout prendre, ces attitudes reflètent, sur le plan des conduites, le noyau de discordance profonde qui caractérise la schizophrénie en général.

LA CATATONIE PERNICIEUSE ou catatonie léthale de Stauder se caractérise par une agitation ou une stupeur pendant lesquelles le patient est inaccessible et comporte des symptômes catatoniques très accusés. Le tableau peut ressembler à celui du délirium acutum ou de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique de Marchand. Aussi, bien des auteurs, dont Conrad, estiment-ils que les cas décrits par Stauder doivent être interprétés comme étant des délires aigus, donc symptomatiques.

Dans notre clinique, G. de Simone a examiné un certain nombre de cas de décès dans une crise catatonique. Le résultat de ce travail est indiscutable; on n'a pas pu trouver des causes de mort intrinsèques à la catatonie, mais il s'agissait toujours d'un décès dû à une maladie intercurrente. L'issue fatale était évidemment favorisée par la symptomatologie catatonique proprement dite, c'est-à-dire absence de collaboration du malade, refus de soins, nécessite de recevoir des médicaments sédatifs à fortes doses, etc. Les formes d'agitation extrêmement violente avec épuisement et collapsus circulatoire sont d'ailleurs devenues très rares à la suite de l'introduction des neuroleptiques. Le pronostic est donc devenu moins sévère. On arrive aujourd'hui à maîtriser une telle situation dangereuse, soit par l'emploi de neuroleptiques, soit éventuellement par la convulsivo-thérapie.

A ce propos, il n'est pas inopportun de parler de la notion de stupeur qui revient souvent dans la description des états catatoniques. LE TERME DE STUPEUR se rapporte en médecine aux états de totale inhibition motrice dans lesquels le niveau de conscience est abaissé à des degrés pouvant aller jusqu'au coma. En psychiatrie, sa signification est plus limitée, la majorité des auteurs la réservent aux états de suspension de l'initiative motrice avec mutisme mais conservation plus ou moins complète de la vigilance.

En cas d'abaissement du niveau de conscience, on parle d'états d'obnubilation, qu'ils s'accompagnent ou non d'inhibition ou d'agitation motrice. L'échelle des niveaux de conscience, empruntée à Delay et Pichot, comprend les 7 modalités caractérisées par des comportements correspondants et se traduisant par des tracés électroencéphalographiques distinctifs.

Mayer-Gross définit à propos de la stupeur catatonique 4 modalités d'états de conscience:

1. Des patients s'abandonnent à un monde de fantasmes délirants.
2. Des patients n'éprouvent rien durant la stupeur tout en restant entièrement conscients de leur environnement. L'exploration approfondie après l'épisode ne révèle, en effet, aucun contenu de leur expérience, quand bien même ces patients sont disposés à donner toutes les informations possibles.
3. Des patients sont dans un état semi-conscient si bien qu'au sortir de la stupeur, ils n'ont pas de souvenir de ce qui s'est passé autour d'eux durant l'épisode.
4. Quelques patients semblent n'avoir aucune conscience de leur condition passive, ni de l'absence de mouvement; ils nient ensuite s'être comportés anormalement.

Le fait que les traitements dans les hôpitaux modernes engagent les patients à des activités moins asociales et plus utiles explique, selon Mayer-Gross, la raréfaction des catatonies sévères.

Il est bien établi que les stupeurs n'impliquent pas une modalité univoque de l'état de conscience ni qu'elles sont de même essence. Il suffit de dresser une liste des entités cliniques pouvant prendre l'allure de la stupeur: mélancolie; manie dans sa forme atypique; psychoses traumatiques et post-traumatiques;

psychoses endocriniennes (Cushing, crises addisoniennes); psychoses exogènes (fièvre typhoïde, insuffisance rénale.,insuffisance hépatique, malnutrition, pellagre, troubles électrolytiques par exemple;) épilepsie; schizophrénie débutante n'évoluant pas vers la catatonie; réaction de frayeur. L'abaissement du niveau de conscience est généralement le plus pronocé dans les affections toxi-infectieuses, d'où la note confusionnelle de ces stupeurs.

LE TERME DE CATALEPSIE s'applique aux états caractérisés par la suspension de l'initiative motrice, par une résistance plastique des membres à la mobilisation passive, et par la conservation des attitudes imposées. Wernicke a désigné le deuxième de ces signes sous le terme de "flexibilité cireuse". Le sujet, immobile comme une statue, conserve cependant ses automatismes moteurs, Les études neurologiques et neurophysiologiques ont fait ressortir que le phénomène n'est pas purement musculaire, mais qu'il relève de facteurs psychiques, exerçant une influence sur la musculature de la vie de relation. Une hypertonie rigide, résistant à toute mobilisation, dont certains cliniciens font un signe de négativisme, est parfois observées en lieu et place de la flexibilité cireuse.

Si la catalepsie n'est pas l'apanage exclusif de la catatonie, elle se rencontre aussi pour elle-même dans des syndromes striés (parkinsonnien, post-encéphalitique, après lésion préfrontale), lors d'épisodes confusionnels infectieux (typhoïdes, fièvres puerpérales, encéphalites) dans des états toxiques (alcoolisme, kif). Elle peut constituer un des tableaux de l'hystérie. Claude et Baruk se sont exprimés de la sorte sur les différences entre la catalepsie hystérique et la catatonie:"Dans la catalepsie hystérique, la direction psychomotrice est seulement inhibée ou provisoirement suspendue; dans la catatonie, elle est désintégrée, dissociée, atteinte profondément et d'une façon infiniment plus durable".

Il y a lieu de retenir que les états stuporeux, aussi bien hystériques que dépressifs ou schizophréniques offrent entre eux une assez grande similitude symptomatologique. La différenciation n'est généralement possible qu'en s'appuyant sur des données anamnestiques et en tenant compte de l'évolution. Dans le domaine des psychoses endogènes, la tâche diagnostique se complique encore à cause de l'existence de formes mixtes.

Puisque nous nous intéressons à la périodicité dans la catatonie, nous devons aussi nous interroger sur la ressemblance éventuelle entre la catatonie et d'autres psychoses à forme répétitive ou récidivante. On connaît la psychose mixte par laquelle on entend des formes où s'opère une concomittance ou une alternance de symptômes schizophréniques et maniaco-dépressifs. Adoptant un critère clinique, Alonso-Fernandez distingue 2 groupes:

1. Tableaux mixtes avec concomittance ou apparition simultanée de symptômes des deux ordres - la mixité apparaît en coupe transversale.
2. Evolution rémittente avec succession de phases dépressives, maniaques et schizophréniques - la mixité apparaît en coupe longitudinale.

Mayer-Gross, pour sa part, distingue trois catégories:

1. Cas de schizophrénie avec combinaison d'éléments maniaco-dépressifs.
2. Cas maniaco-dépressifs dans l'évolution desquels survient une transformation vers la schizophrénie.
3. Cas dans lesquels, après plusieurs accès typiquement maniaco-dépressifs, survient une poussée d'allure schizophrénique à rémission complète.

Angst (1966) admet l'existence d'un petit groupe d'évolutions commençant par une poussée cata[illegible]ique et se poursuivant sur le mode de phases maniaques ou dépressives [illegible]s. Pour cet auteur, seul ce groupe de psychoses mixtes résulterait d'une [illegible]binaison génétique schizophrénie et psychose maniaco-dépressive.

Plus généralement, la majorité des auteurs tiennent pour un signe de bon pronostic la présence d'éléments maniaco-dépressifs dans le cours d'une évolution schizophrénique.
En ce qui concerne les états catatoniques provoqués expérimentalement, nous nous référons à Henry EY.

Des agents dont l'effet catatonisant a pu être démontré aussi bien chez les animaux que chez l'homme, la bulbocapnine a été un des plus utilisés mais les conclusions ne sont pas univoques. Alors que pour Baruk "le syndrome réalisé par la bulbocapnine chez l'animal est le même que celui réalisé par la maladie chez le malade catatonique", pour De Jong, la catatonie expérimentale est plus proche des syndromes neurologiques d'hypertonie que de la catatonie humaine. L'expérimentation a eu recours à d'autres substances ou d'autres moyens tels que :
l'uréthane; la cumarine; le somnifène; quelques amines biogènes (mescaline surtout); l'insuline (avec laquelle Divry et Evrad ont provoqué des états catatoniques chez la souris); la toxine colibacilaire; lors d'études sur le sommeil électrique des auteurs ont noté chez le chat et le lapin des phénomènes catatoniques; par injection chez le pigeon de bile prélevée chez l'homme par tubage duodénal lors de certains états pathologiques; par injection chez le rat de substances extraites des urines de malades mentaux, en comparaison avec l'action d'extraits d'urines de sujet normaux; états d'asphyxie (en plaçant des souris dans un milieu à teneur élevée d'azote ou de monoxyde de carbone); enfin par le moyen de l'hypnose.

L'intérêt s'est porté, par ailleurs, sur des agents pharmacodynamiques suspendant l'action catatonisante: la cocaïne, l'amytal sodique, le mélange de gaz carbonique et d'oxygène, entre autres.

4. LA " PERIODICITE ", CONSIDERATIONS CLINIQUES ET ETUDES BIOLOGIQUES.

Le concept de périodicité dans la psychiatrie a été mis en évidence par plusieurs auteurs, mais n'a cependant pas été beaucoup étudié.

Comme E. Bleuler l'avait signalé, le terme de psychose "périodique" n'est pas bien précisé en psychiatrie. En général, on l'emploie pour désigner la psychose maniaco-dépressive ou les cas des schizophrénies qui ne laissent pas de défect pendant l'intervalle entre les poussées, ou en tout cas lorsque le défect est moins sévère que dans la majorité des schizophrénies.

A ce sujet, A. Vallejo-Nagera, dans son livre "Leçons de Psychiatrie" (1955), avait écrit : "nous appelons psychoses périodiques celles qui se présentent à intervalles réguliers, et dont les symptômes se reproduisent lors de chaque épisode avec une fidélité photographique. Les psychoses phasiques, telles que les psychoses maniaque-dépressives, se présentent également de façon périodique et régulière, mais dans ce cas précis, les symptômes sont identiques dans chaque phase ".

Le même auteur dit que selon son expérience clinique, on observe parfois une dipsomanie périodique, dromomanie, crises consulsives épileptiques, et il parle aussi de l'apparition de périodicité dans les manifestations de quelques psychoses, comme la paralysie générale.

Il faut dire que l'intervalle du temps n'est pas toujours régulier. En psychiatrie, on peut inclure dans le concept de périodicité non seulement certaines psychoses, mais aussi les variations nycthémérales qui parfois influencent certains symptômes.

Les maladies à évolution périodique se rencontrent dans plusieurs branches de la médecine. C.P. Richter (1965) cite notamment : hydrarthrose intermittente, troubles cycliques de la moelle osseuse, troubles cycliques des glandes lymphatiques, ulcères peptiques cycliques, péritonite paroxistyque, transpiration cyclique, fièvre cyclique, troubles rénaux cycliques, paralysie familiale périodique, iritis cyclique, affections cycliques de la peau, migraine et insomnie cyclique.

C.P. Richter admet que les troubles somatiques au cours périodique sont peu fréquents et qu'ils passent facilement inaperçus au praticien. Il expose quelques caractéristiques communes à ces maladies : elles sont généralement indépendantes d'évènements extérieurs et intérieurs; les périodes peuvent être régulières, la régularité se maintient à travers les années; les périodes semblent apparaître spontanément, du moins une fois installée la maladie; les périodes peuvent aussi cesser spontanément, elles sont autrement résistantes à toutes sortes de traitements; la durée de la période diffère d'une personne à l'autre; elle peut durer des jours, des semaines ou des années, mais les cycles de sept, ou de multiples de sept jours sont fréquents.

C.P. Richter ajoute : " Dans presque tous les cas, l'existence simultanée de deux phénomènes doit être considérée : une maladie de base et un mécanisme périodique. Notre étude a révélé l'existence d'une relation définie entre ces deux phénomènes, relation dans laquelle la périodicité amplifie lors d'une phase puis réduit ou élimine dans l'autre phase les symptômes qui étaient présents à l'origine, mais ne produit pas l'apparition de nouveaux symptômes".

Cela amena Gjessing à penser qu'il s'agit de différentes manifestations périodiques des maladies de base et non de "maladies périodiques".

Quant au diagnostic de catatonie périodique, le même auteur retient comme caractéristiques : l'apparition de phases régulières d'agitation ou de stupeur catatoniques avec troubles fonctionnels de la sphère végétative; des intervalles réguliers et oligosymptomatiques entre les phases; simultanément, bascule de l'équilibre azoté dans le sens positif et négatif. Gjessing observe que la catatonie périodique survient chez l'homme aussi bien que chez la femme, indépendamment de l'âge, en corrélation ou non avec la menstruation. La durée des périodes peut être de quelques jours ou semaines jusqu'à plusieurs mois. Fréquemment, elle est assez régulière chez le même patient. L'évolution peut s'étendre sur des décades. L'âge du début de la maladie varie fortement. Précoce, débutant dans l'adolescence, elle n'est pas toujours précédée de troubles psychopathologiques. A début plus ou moins tardif, elle peut être parfois précédée soit par de brefs épisodes aigus ou par un syndrome schizophrénique chronique avec traits catatoniques, paranoïdes ou hallucinatoires.

Selon la forme du début de psychotique, Gjessing différencie deux formes :

- type synchrone- syntone : l'agitation ou la stupeur commencent de façon soudaine et sont toutes deux très prononcées. (figure 1)

- type asynchrone-asyntone : l'état se développe lentement et irrégulièrement pendant plusieurs jours, et la stupeur ou l'agitation sont plus atténuées. Habituellement, chaque patient présente des signes typiques (tels des singularités du langage ou du comportement) qui annoncent un ou deux jours avant, la phase psychotique.

Dans le sous-groupe " syntone-synchrone ", Gjessing différencie encore les variantes A,B,C, selon que la phase psychotique commence en des points différents de la courbe de rétention azotée, ainsi que le montre la figure 1. Concernant l'état psychique pendant l'intervalle, L. Gjessing avait noté : " pendant l'intervalle, le patient est lucide (awake), le contact est normal (receptive), normalement orienté, généralement capable de collaborer aux travaux de service hospitalier, de lire ou de faire un travail facile. Dans une conversation superficielle, le patient peut paraître normal. Dans une exploration approfondie, le patient se montre cependant plus ou moins diminué dans son autocritique, sans perspective raisonnable, sans conscience complète de sa maladie".

Pour Gjessing, si les formes pures de psychose maniaco-dépressive sont très différentes, il en existe d'autres où se mêlent d'importants éléments schizophréniques. Celles-ci sont alors très semblables aux catatonies périodiques. Pour expliquer les nombreuses formes mixtes entre la psychose maniaco-dépressive et la psychose catatonique périodique, Gjessing avance l'hypothèse de maladies similaires affectant des patients de constitution ou de tempérament différents.

Il souligne, d'autre part, que de nos jours, le diagnostic est rendu très difficile chez beaucoup de sujets, par le fait que les traitements psychopharmacologiques actuels masquent la périodicité.

Des études de Gjessing sur les caractéristiques biologiques de la catatonie périodique se dégagent plusieurs facteurs, qu'on peut résumer de la façon suivante:

1/ Données végétatives : pendant les invervalles, l'état végétatif est à prédominance cholinergique; durant la phase psychotique, il passe à un régime adrénergique avec mydriase, pupilles anisocores, exophtalme, salivation, pâleur, accélération du pouls et augmentation de la tension artérielle, inhibition du péristaltisme, contraction des sphincters et inhibition du muscle détruseur de la vessie, inhibition de la diurèse et diminution du temps de sommeil, comme de la durée de la phase REM (Rapid Eyes Mouvements). Le métabolisme basal et le taux d'iode lié aux protéines sont augmentés; on note de plus une légère augmentation de la température et du volume-minute circulatoire, du glucose sanguin et des acides gras libres; en outre, les catécholamines urinaires et leurs métabolites ainsi que les stéroïdes sont fréquemment augmentés. (figures 1,2, et 3).

L'EEG montre une augmentation de fréquence des ondes alpha et une diminution de leur amplitude pendant la phase psychotique.

Dans l'ECG, on note une onde T isoélectrique pendant l'épisode de stupeur, mais non pendant l'agitation catatonique.

2/ Données comportementales : pendant la phase psychotique, on observe une augmentation du tonus musculaire, une rigidité et un léger tremblement comme dans les troubles extra-pyramidaux. Les fonctions cérébrales sont insuffisantes, avec une diminution de la capacité de concentration (figure 2).

3/Métabolisme azoté et autres données métaboliques : la balance azotée laisse apparaître de façon périodique une rétention et une hyper-excrétion azotée. La durée de l'oscillation périodique de la balance azotée est la même que celle de la période du syndrome catatonique, mais elle ne coïncide pas nécessairement dans le temps avec la phase psychotique ou avec la phase végétative.

Cette périodicité est indépendante de l'apport azoté. En effet, si on augmente ou diminue les protides de la ration alimentaire, les périodes catatoniques conservent la même durée. La rétention azotée semble être secondaire aux influences endocriniennes, surtout de la thyroïde et des surrénales, et porte donc un caractère symptomatique.

L'équilibre acide-base montre une alcalose compensée pendant l'intervalle, et une acidose compensée pendant la phase psychotique.

Les catécholamines urinaires et leurs métabolites sont normaux pendant l'intervalle et sont remarquablement augmentés au cours de la phase psychotique. (figure 3).

Les valeurs d'acide vanillin-mandélique sont dans les limites de la normale pendant l'intervalle et remarquablement élevées pendant l'épisode psychotique, ce qui doit être considéré comme un signe d'hyperactivité sympathique pendant la phase d'activité psychotique. (figure 3).

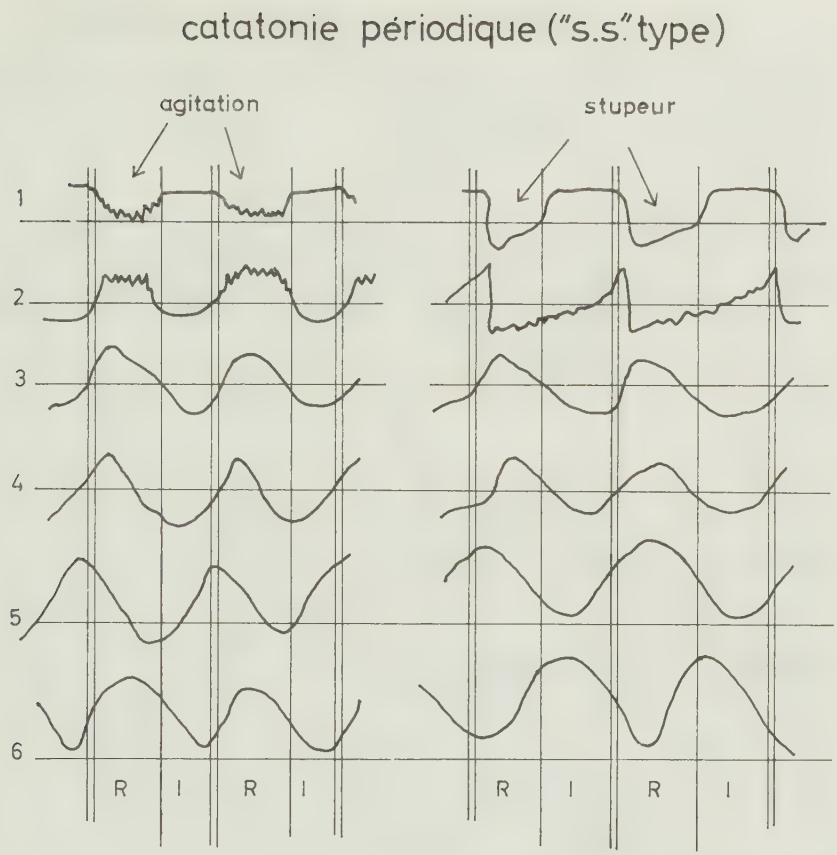


Figure 1 (tiré de Gjessing). Relation entre les paramètres suivants :

1/ Status psychique

2/ Manifestations de la motricité

3/ Pouls, pression artérielle et Métabolisme basal

4/ Azote non protéique excrété dans l'urine

5/ Courbe de la balance azotée

6/ Courbe d'azote non protéique dans le sang

R : Phase psychotique

I : Intervalle

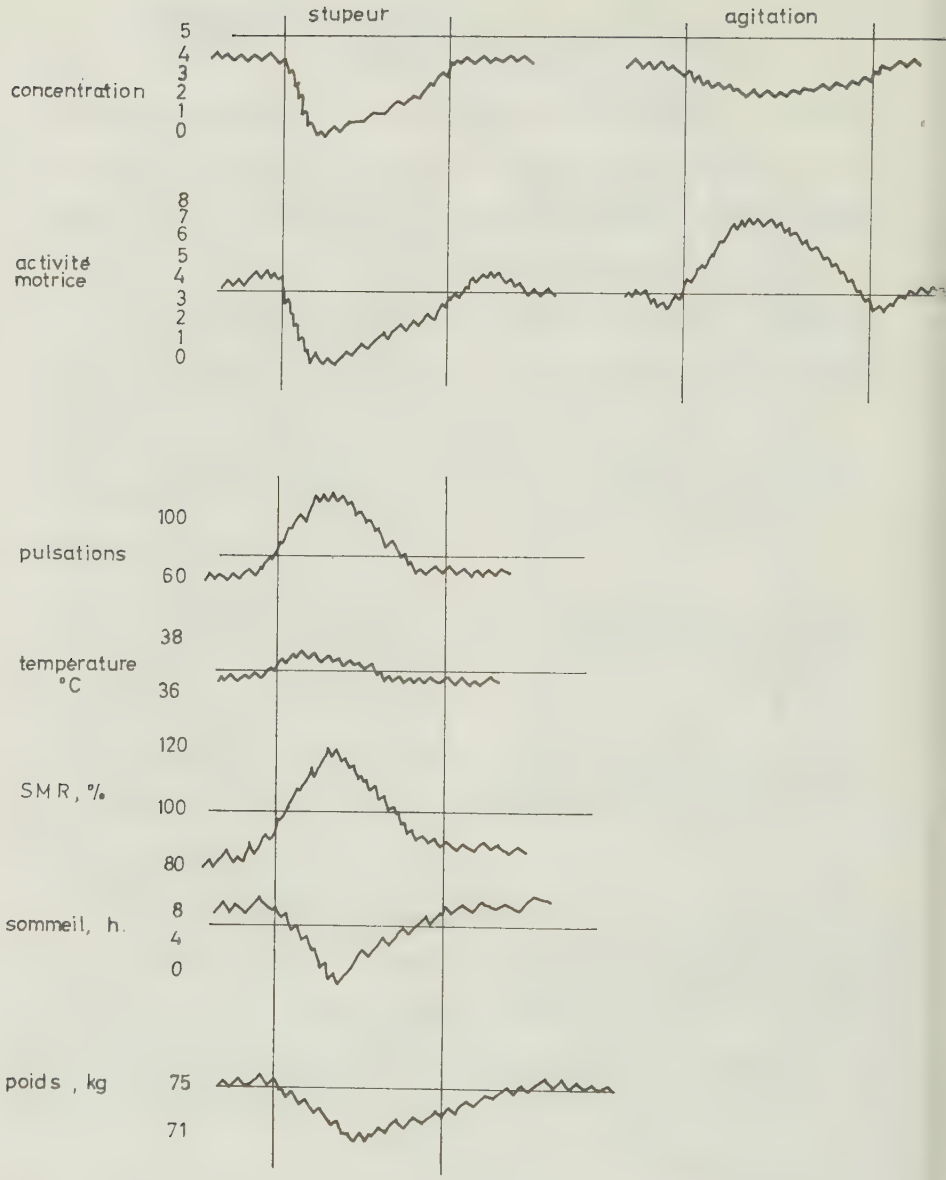


Figure 2, (tiré de Gjessing). Paramètres cliniques.

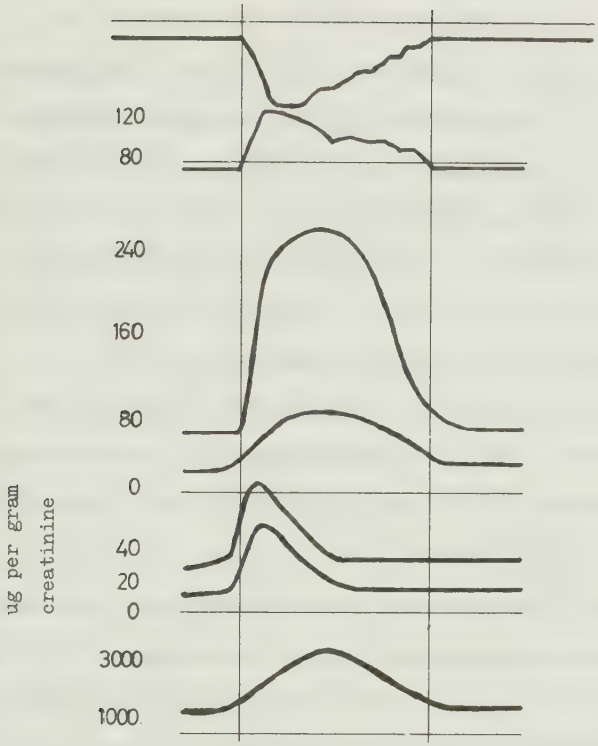


Figure 3, (tiré de Gjessing). Excrétion de Norepinephrine (NE), Normetanephrine (NMN), Epinephrine (E), Metanephrine (MN) et Acide Vanillil-Mandélique (VMA), en relation avec les phases de stupeur, avec l'intervalle et avec le pouls.

Plusieurs travaux expérimentaux chez les catatoniques ont eu pour objet d'étudier leur réponse métabolique à divers agents pharmacologiques.

Sovner et Mc Hugh aux USA (1974) ont traité au carbonate de lithium pendant 69 jours un patient diagnostiqué comme catatonique périodique. Ils ont vu que le traitement n'influençait pas le cours de la maladie mais dissociait les manifestations psychopathologiques des concomittances métaboliques. Ils n'arrivèrent pas à procéder à un long contrôle évolutif parce qu'ils l'interrompirent par un traitement électroconvulsif, mais ils purent constater un blocage des cycles du métabolisme azoté et des changements adrénergiques, sans que les manifestations cliniques les plus importantes eussent été influencées. Ces auteurs ont admis qu'il pourrait s'agir d'une dysrégulation au niveau hypothalamique.

Le mécanisme d'action serait que l'hypothalamus ayant une haute concentration de norépinéphrine, le lithium diminue l'utilisation de cette catécholamine dans les synapses. Cependant, l'absence de changements adrénergiques pendant ce traitement fait penser qu'il agit par un mécanisme périphérique. Ils arrivent à la conclusion que les manifestations psychopathologiques cycliques ne sont pas directement dépendantes des changements métaboliques et végétatifs. Ces deux aspects de la maladie peuvent être indépendants l'un de l'autre. Alors que le même trouble est sous-jacent aux deux, des mécanismes différents les déterminent, l'un influençable par le lithium, l'autre pas.

De nombreuses études ont tendu à rechercher les facteurs biologiques qui peuvent être en relation directe ou indirecte avec la pathogenèse de la catatonie périodique. Ainsi, Takahashi et L.R. Gjessing publiaient, en 1971, le résultat d'une étude longitudinale du métabolisme des cathécholamines chez un malade qui avait présenté pendant 18 ans une évolution typique de stupeurs catatoniques périodiques. Le patient fut mis à un régime végétal libre liquide, tour à tour avec et sans médicaments. Les conclusions tirées de cette étude sont en résumé :

1/ Quand le patient ne recevait pas de médicaments, les cathécholamines et leurs métabolites étaient augmentés dans les urines pendant la phase psychotique. Il faut en déduire qu'il y a stimulation adrénergique parallèlement à l'évolution clinique.

2/ Le traitement avec trois sortes d'enzymes inhibiteurs (comme IMAO, alpha-methyl-dopa, et disulfiram), modifiait les chiffres d'excrétion des cathécholamines et de leur métabolites, sans changer les manifestations cliniques.

3/ Le traitement avec l'hormone thyroïdienne n'avait qu'une légère action bénéfique dans ce cas et provoquait une augmentation des cathécholamines, seulement à l'exception de leurs métabolites.

4/ L'administration de réserpine a une action remarquable en supprimant la rechute psychotique et en diminuant de façon significative l'excrétion de la norépinéphrine et de ses métabolites. Après le sevrage médicamenteux, le patient réagissait par une reprise des symptômes catatoniques et le rétablissement du status biochimique antérieur.

5/ Le traitement avec du citrat de lithium n'a pas d'action prophylactique quant aux rechutes. En revanche, il parvient à atténuer les manifestations catatoniques et exerce un effet sur l'excrétion des métabolites urinaires.

Toutes ces observations contribuent à rendre probable une augmentation de l'activité noradrénergique centrale durant la phase catatonique, ce phénomène pourrait être associé avec les manifestations cliniques. Cependant, le mécanisme de la surproduction ou de l'accumulation de norépinéphrine dans le système nerveux central reste encore obscur.

L. Danziger G.L. Elmergreen (en 1958) ont exposé une hypothèse basée sur la théorie du contrôle feed-back. L'hypothèse implique que le système serait stable dans les conditions normales et instable lors des variations périodiques. Quand le système est instable, le chiffre du métabolisme basal montre des variations remarquables comme celles qu'on observe dans la catatonie périodique. Selon cet exposé, la thyroxine administrée inhibe la production de thyrotrophine et tend à maintenir le métabolisme basal dans des limites de normalité.

Gjessing a observé que si l'on donnait une large dose de thyroxine pendant l'acmé de la rétention azotée et que le patient était traité ensuite avec un extrait sec de thyroïde, son métabolisme de base étant à 110-115 %, les nouvelles phases de rétention azotée ne se produisaient

plus et les phases de stupeur catatonique faisaient place à un état complètement normal. Lorsqu'on n'administrait plus d'extrait sec de thyroïde tous les signes de la catatonie périodique réapparaissaient après quelques semaines ou quelques mois, même si le patient n'avait plus présenté de symptômes pendant plusieurs années. Ces expériences montrent que le patient n'était pas guéri, mais seulement compensé.

Cette action thérapeutique de la médication thyroïdienne trouvée chez un certain nombre de catatoniques périodiques, Gjessing l'observa surtout dans le type synchrone-syntone. Il constata des cas avec une complète rémission des troubles psychiques et des dysrégulations métaboliques, et cela même si de ces patients avaient manifesté des désordres psychiques pendant des années ou des décades.

Pour ce qui concerne les médicaments psychotropes, Gjessing observa qu'aussi bien la réserpine que la chlorpromazine et l'halopéridol, faisaient céder les manifestations aiguës de la maladie, tant dans les formes stuporeuses que dans les formes agitées. Pendant l'intervalle, elles n'influençaient guère la diminution de l'initiative ni le manque d'élan. Le sevrage de ces médicaments faisait que les phases psychotiques réapparaissaient souvent après quelques semaines ou mois.

D'après Gjessing, la thyroxine, la cortisone, la réserpine, la chlorpromazine, l'halopéridol, ainsi que les sels de lithium, sont à considérer comme des agents thérapeutiques d'une certaine efficacité contre la catatonie périodique, cependant que l'électrochoc, la labotomie, n'auraient habituellement que peu d'effets. L'expérience clinique générale paraît attribuer aux neuroleptiques la place principale dans le traitement des catatonies périodiques. La thérapeutique thyroïdienne préconisée par Gjessing, n'a pas trouvé de confirmation dans les essais d'autres auteurs.

Les recherches biologiques de Gjessing restent l'apport le plus important à la connaissance de la catatonie périodique. Il déduit de ses recherches qu'on a à faire, dans cette affection, à une stimulation adrénergique des noyaux du tronc cérébral, le stimulus devant être endogène. Les enregistrements cinétiques indiquent, en effet, qu'il s'agit d'une réaction en chaîne endogène. La stricte périodicité oriente vers une sorte de rétention ou d'accumulation d'une substance chimique qui, par sa libération, agira comme stimulus. Cette accumulation hypothétique est probablement spécifique et elle se produit au niveau central.

5. ETUDE CATAMNESTIQUE

A/ MATERIEL, METHODOLOGIE ET HYPOTHESE DE TRAVAIL

Notre étude comporte 65 cas cliniques, répartis en deux lots, l'un de 55 et l'autre de 10.

Le lot de 55 cas a été prélevé du matériel de recherche de l'Enquête de Lausanne. Ce matériel comprend des patients nés entre 1873 et 1897 qui ont été hospitalisés à la Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne (hôpital de Cery) une première faois avant l'âge de 65 ans.

Ce groupe peut être considéré comme représentatif des classes sociales moyenne et inférieure de la population du Canton de Vaud. Le diagnostic posé lors de l'hospitalisation fut celui de schizophrénie catatonique. Pour la catamnèse, ces malades ont été visités à leur domicile, dans une maison de retraite ou un hôpital gériatrique. L'examen, préparé par une étude approfondie du dossier, se déroulait sous forme d'un entretien dirigé d'une durée d'une à deux heures en moyenne. Toutes les données anamnestiques et catamnestiques recueillies furent relevées sur un questionnaire permettant de noter plus de 400 renseignements, 20 réponses à des questions particulières glissées dans l'entretien (portant notamment sur l'activité sexuelle, l'attitude subjective envers la vieillesse, la façon de vivre le temps, l'attitude envers la mort, etc.) furent en outre enregistrées sur un questionnaire spécial. Finalement un résumé de 1 à 2 pages dactylographiées fut rédigé pour chaque patient. Le temps employé ainsi pour l'étude de chaque cas atteint en moyenne une demi-journée.

Plusieurs médecins de la clinique ont examiné ces malades. L'étude concerne un nombre important de cas longuement observés (la catamnèse la plus longue est de 64 ans, la plus courte de 11 ans, avec une moyenne de 37 ans).

L'autre méthode d'observation clinique directe, nous a permis d'interviewer personnellement un groupe de malades et des parents les plus proches. Cette casuistique comprend 10 cas qui ont séjourné pendant les deux dernières années à l'hôpital psychiatrique de Bellevue, Yverdon (Secteur psychiatrique nord du canton de Vaud). Ils appartiennent au même groupe social et géographique que ceux de l'Enquête de Lausanne. Dans la 3ème partie, nous présenterons plus en détail ce groupe et commenterons la méthode suivie.

Avec le matériel de l'Enquête, nous nous sommes concentré sur le cours évolutif et sur l'état pendant les intervalles, en considérant schématiquement 2 groupes :

1) Evolution périodique (groupe considéré en général comme de pronostic favorable).
2) Evolution non périodique.

Il est vrai que les différences entre ces deux groupes ne sont pas toujours à faire, dans la mesure où le défect schizophrénique reste difficile à évaluer comme à définir.

Nous étudierons les caractéristiques cliniques pendant les poussées psychotiques, en dégageant la symptomatologie prévalente.

Concernant le groupe d'évolutions périodiques, nous essayerons de chercher les caractéristiques cliniques les plus importantes pendant les épisodes d'activité psychotique communs

à ce groupe de patients. Puis, nous étudierons les états pendant l'intervalle. L'étude de l'état pendant l'intervalle sera complétée avec les 10 cas de récente hospitalisation.

En résumé, nous partons d'une double hypothèse concernant la catatonie périodique :

- existence d'une rémission totale dans les intervalles.
- possibilité d'un parallélisme clinique avec la psychose maniaco-dépressive.

B / TYPES D'EVOLUTION

La classification des types d'évolution, d'après les critères adoptés par le questionnaire de l'Enquête de Lausanne, comprenait les variantes : par accès, rémittente, déficitaire, incertaine. Comme déjà relevé, ces critères sont quelques peu artificiels, dans la mesure où le défect schizophrénique reste difficile à définir autant qu'à évaluer. Il convient de tenir compte aussi des données que livre le status psychique fait lors de l'entretien anamnestique. Rassemblant les renseignements de ce matériel et pour viser un des buts de notre recherche, nous estimons judicieux de faire une double classification évolutive, la première basée sur le status psychique au moment de l'Enquête (coupe transversale), et la deuxième séparant les évolutions périodiques des non périodiques (coupe longitudinale).

1/ Evolution à long terme, selon le status psychique au moment de l'Enquête (fig. 4). Nous trouvons un groupe de 38 cas (69%), qui ont évolué vers un défect ou une symptomatologie résiduelle. De ces patients, la majorité (25 cas), présentent des symptômes résiduels actifs, à savoir délirants ou hallucinatoires, ou les deux ensemble. Dans un autre groupe, où sont absents les troubles de la pensée et les troubles sensori-perceptifs, le défect consiste généralement en un autisme prononcé ou se traduit par des troubles du comportement ou des troubles psychomoteurs (conduites alimentaires pathologiques, langage incohérent, mutisme, troubles de la mimique, tendances agressives, conduites régressives), ou par d'autres signes d'appauvrissement de la personnalité. Soit deux groupes d'évolution vers un défect :

a) avec symptômes délirants, hallucinatoires, ou les deux (25 cas), groupes se subdivisant en deux sous-groupes :

a') patients avec défect important (15 cas) : la majorité de ces cas ont évolué vers des formes appelées hébéphréno-catatoniques; certains ont même abouti à une détérioration psycho-organique (4 cas), laquelle a eu pour effet d'atténuer la symptomatologie délirante- hallucinatoire et d'accroître l'isolement du patient et son autisme. Dans 5 cas, l'atteinte organique est incertaine vu la difficulté de contact avec le patient et la passation incomplète du questionnaire.

a'') patients avec symptômes "enkystés" (10 cas) qui, malgré la symptomatologie, avaient encore un comportement relativement adapté à leur entourage (familial, pension ou asile, ou cadre hospitalier).

b) sans symptomatologie délirante ni hallucinatoire (13 cas), groupe se subdivisant aussi en deux sous-groupes :

b') défect important (5 cas) : chez ces patients, on note des symptômes tels que mutisme, éclats agressifs, langage schizophasique, symptômes catatoniques permanents. 2 de ces patients présentaient une détériotation psycho-organique incertaine pour les mêmes raisons évoquées en a'.

b'') défect minimal (7 cas) : les patients, malgré leur autisme ou l'appauvrissement de leur personnalité, restent relativement bien adaptés à leur entourage.

2/ Evolution à long terme, selon une coupe longitudinale (fig. 5).- Deux groupes sont à distinguer selon que l'évolution a été périodique ou non :

a) évolution périodique (21 cas, 38,2% du total) : ces cas ont suivi une évolution rémittente ou par accès. Dans ce groupe, il a été observé une rémission plus ou moins complète après la poussée aiguë, de telle sorte que les patients ont pu mener une vie sociale plus ou moins adaptée pendant un certain temps. Dans 13 cas, il s'est installé un défect en fin d'évolution. Une étude plus complète du groupe périodique fera l'objet des paragraphes C et D de ce chapitre.

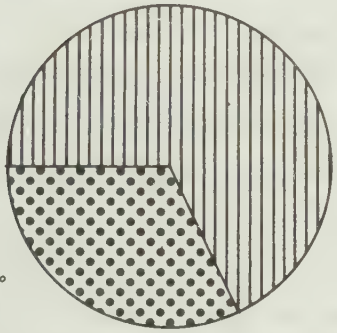
b) évolution non périodique (34 cas, 61,8% du total : ce groupe comprend d'une part 9 patients qui n'ont présenté qu'une seule poussée (épisode schizophrénique aigu) avec une rémission totale sans plus récidiver pour le reste de leur vie ni parvenir à un défect final. Les 25 autres patients ont présenté une évolution d'emblée chronique et donc progressive et déficitaire.

En résumé, la casuistique se répartit comme suit :

- évolution périodique	-sans défect	8 cas
	-avec défect ou sympto-matologie résiduelle	13 cas
- évolution non périodique	-sans défect (épisode schizophrénique aigu)	9 cas
	-avec défect ou sympto-matologie résiduelle	25 cas
	TOTAL	55 cas

évolution à long terme selon le status psychique au moment de l'enquête.

figure 4

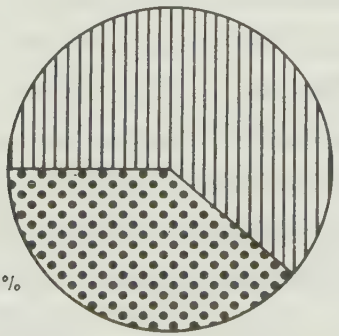


défect ou symptomatologie résiduelle — 38 cas, 69 %

pas de défect ni de symptomatologie résid. — 17 cas, 31 %

évolution à long terme selon une coupe longitudinale.

figure 5



évolution non périodique — 34 cas 61,8 %

évolution périodique — 21 cas 38,2 %

SEMEIOLOGIE PREVALENTE.- Du point de vue méthodologique, nous avons à nous confronter avec les difficultés soulevées par la connotation et l'évaluation des symptômes isolés. D'une part, il s'est avéré que la symptomatologie varie avec les traitements et les conditions d'assistance. D'autre part, comme l'ont relevé déjà divers investigateurs cliniques, chaque auteur retient dans un tableau syndromique ce qu'il juge le plus important. Il arrive donc que des symptômes sont ou ne sont pas mentionnés dans le dossier, selon l'importance que leur donne chaque observateur. Par ailleurs, il convient de rappeler que les questionnaires pour l'Enquête de Lausanne ont été conçus a posteriori. Il s'en suit que des renseignements n'ont pu être fournis en réponse à des questions, des facteurs n'ayant pas été envisagés lors de l'observation antérieure à l'Enquête ou ayant été évalués de façon différente par les observateurs. C'est pourquoi, nous avons sélectionné les données les plus importantes et les mieux objectivables, essayant de diminuer au maximum la marge d'erreur et écartant quelques symptômes que les observations cliniques ne retiennent que très inconstamment (troubles du schéma corporel, barrages de la pensée, troubles de la mimique etc..). Etant donné qu'il n'a pas été possible de déterminer de façon homogène et dans tous les cas si les poussées auraient pris la forme de la stupeur ou de l'agitation ou encore la forme alternante, nous avons alors fait abstraction de cette donnée.

Voici en définitive les symptômes que nous avons retenus comme prévalents :

présence ou absence de troubles des conduites alimentaires ou de conduites régressives, pendant la poussée psychotique

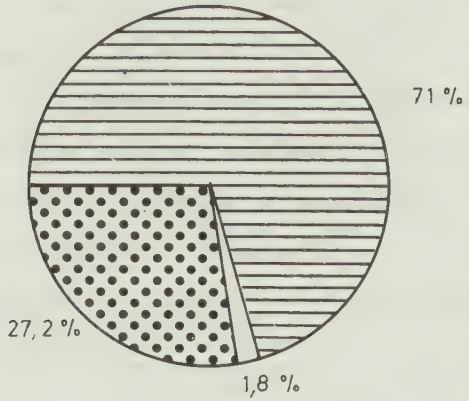


Figure 6

présence	39 cas,	71 %
absence	15 cas,	27,2 %
pas de renseignement	1 cas,	1,8 %

a) Présence ou absence de troubles de conduites alimentaires et de conduites régressives (fig. 6). Nous avons réuni ces deux types de comportement parce que, dans la majorité des cas, ils apparaissent ensemble et qu'ils dérivent apparemment les un des autres. Il est frappant qu'une forte proportion des patients de notre étude présente, pendant la poussée psychotique, cette association (39 cas, 71% du total). Observant l'évolution à long terme, nous ne trouvons pas de corrélation significative entre l'apparition de ces symptômes pendant la poussée et le mode évolutif. Ainsi, chez un grand nombre de patients, ces symptômes avaient disparu lorsqu'ils furent examinés pour l'Enquête. Il n'y a donc pas lieu de donner à la présence de ces troubles pendant les poussées, une signification pronostique, ni de les considérer comme caractéristiques d'aucun groupe évolutif.

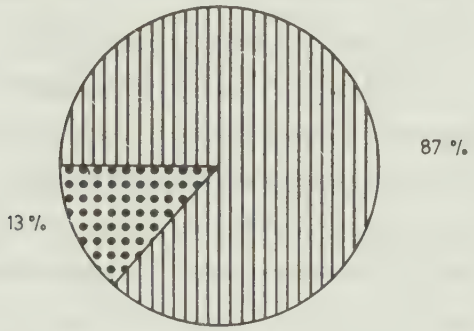
b/ Présence ou absence d'idées délirantes ou d'hallucinations pendant la poussée psychotique (fig.7).

Ces symptômes se trouvent respectivement dans 87% et 80% des cas. Une réserve quant à la validité de ces chiffres doit être formulée, car il est possible que dans quelques cas, ces symptômes n'aient pas été constatés en raison des difficultés de contact, propres aux états catatoniques.

Ces données sur la séméiologie prévalente indiquent bien que la discordance et l'expérience délirante primaire, considérées comme le noyau de la schizophrénie, sont presque constamment incluses dans les manifestations typiquement catatoniques.

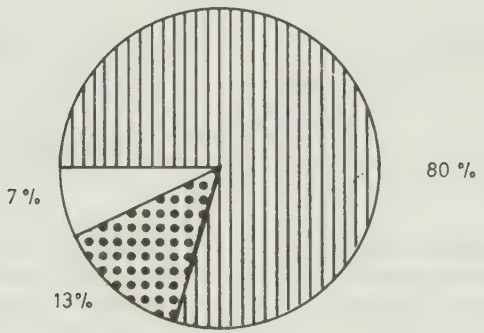
présence ou absence d'idées délirantes pendant la poussée psychotique.

Figure 7



présence		48 cas	87 %
absence		7 cas	13 %
	total	55 cas.	

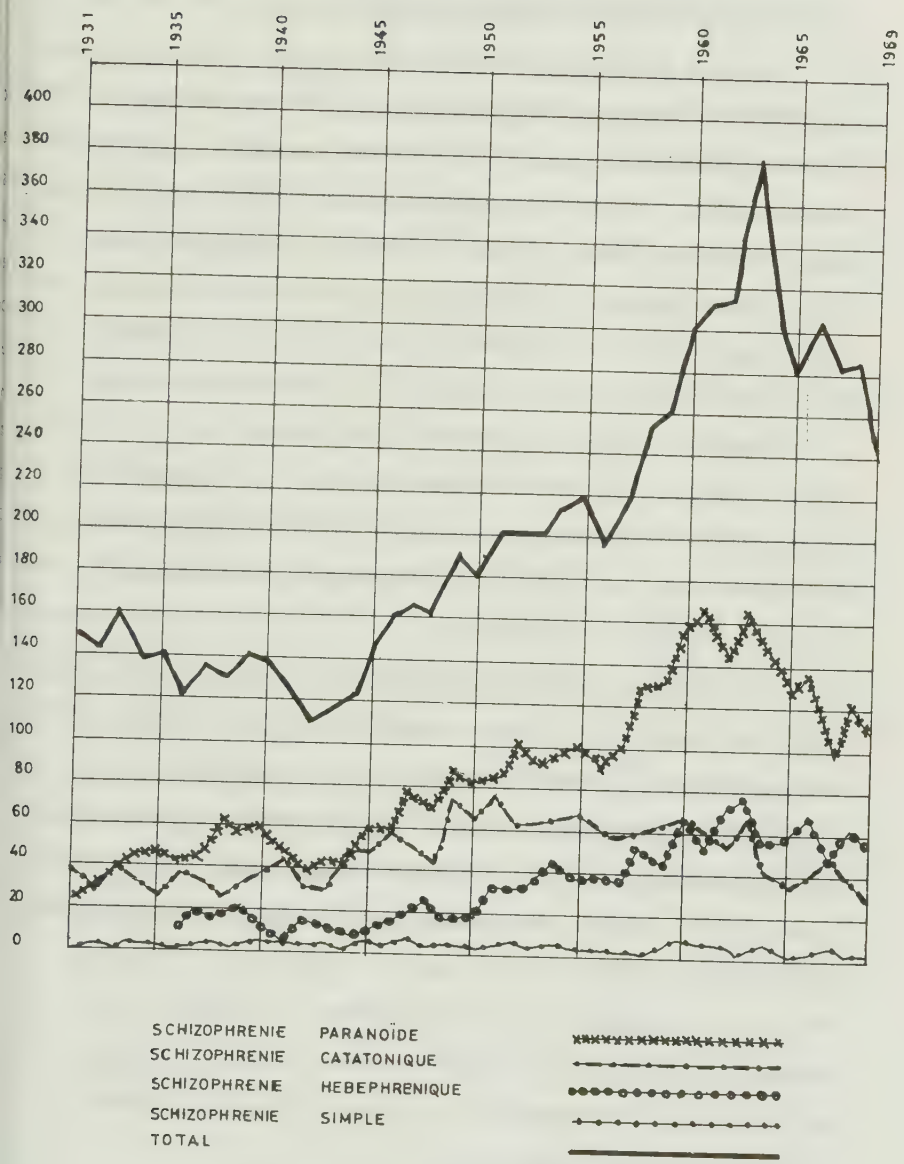
présence ou absence d'hallucination pendant la poussée psychotique.



présence		44 cas	80 %
absence		7 cas	13 %
pas de renseignement		4 cas	7 %

c) Fréquence de la catatonie. Une comparaison entre les différentes formes cliniques de schizophrénie, se dégage des statistiques d'admissions de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Lausanne, entre les années 1931 et 1969 (fig. 8). On note d'abord une augmentation globale en fonction de la croissance démographique, puis à partir de 1963, une diminution en relation avec la sectorisation. Quant à la fréquence relative des formes catatoniques, elle subit une baisse dès 1953, s'accentuant après l'introduction des premiers neuroleptiques. A l'inverse, il s'est produit un accroissement relatif des formes paranoïdes et à un moindre degré des formes hébéphréniques. Cette constatation nous fait supposer que les manifestations psychomotrices, de nature accessoire ou secondaire se sont progressivement réduites sous l'effet des traitements alors que les troubles délirants, hallucinatoires, les conduites régressives, ont accusé leur prépondérance, orientant les diagnostics vers les formes paranoïdes ou hébéphréniques.

Figure 8


1931
1935
1940
1945
1950
1955
1960
1965
1969
400
380
360
340
320
300
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
SCHIZOPHRENIE PARANOÏDE
SCHIZOPHRENIE CATATONIQUE
SCHIZOPHRENIE HEBEPHRENIQUE
SCHIZOPHRENIE SIMPLE
TOTAL

D/ EVALUATION DES ELEMENTS MANIAQUES OU DEPRESSIFS ET DU STATUS PSYCHIQUE PENDANT LES INTERVALLES.-

Outre les difficultés déjà signalées à propos de l'évaluation des symptômes catatoniques, il s'ajoute que des symptômes dépressifs apparaissent souvent pendant une poussée schizophrénique et que surviennent des dépressions post-schizophréniques. Pour quelques auteurs, ce sont là des incidences régulièrement observables et qui font partie de l'évolution psychotique. A ce sujet, S. Fadda et C. Muller (1975) remarquent : "le tableau clinique est en général peu esquissé et l'on parle de dépression sans en clarifier le sens .
On ne trouve pas non plus d'éléments typiques qui permettent de distinguer nettement cette forme de dépression des autres". Au surplus, ils signalent que la présence de formes mixtes complique encore le problème.

Plusieurs symptômes peuvent apparaître de façon isolée aussi bien dans une dépression endogène que lors de poussées schizophréniques (troubles du cours de la pensée, dépersonnalisation, troubles des sentiments vitaux, sentiments de menace, etc...). D'autre part, des symptômes d'allure maniforme peuvent se manifester pendant une poussée hébéphrénique (rires immotivés, désinhibition, expansivité ou euphorie niaise etc..). Dans de tels cas, l'évaluation d'autres symptômes du tableau et plus encore l'évolution confirmeront le diagnostic. Ce caractère mixte de la symptomatologie a été observé avec une certaine fréquence dans notre casuistique.

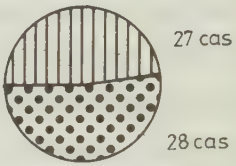
Dans l'ensemble des cas de notre étude, près de la moitié(49%) ont présenté des éléments dépressifs ou maniaques pendant la poussée psychotique (fig. 9). A partir de la série de cas (27) groupant les deux types de symptômes, dépressif et maniaque, l'analyse montre que les symptômes dépressifs sont plus fréquents (17 cas), que les symptômes maniaques sont moins représentés (8 cas), et que, dans deux cas seulement, nous avons trouvé des symptômes des deux types. Dans les 21 cas à évolution périodique (fig. 10) il y a une prédominance de cas avec éléments maniaques ou dépressifs. Dans les 17 cas à évolution n'aboutissant pas à un défect (fig. 12), qu'ils soient périodiques ou non, les éléments dépressifs ou maniaques se rencontrent dans une majorité de cas. Par contre, ces symptômes ne caractérisent les cas l'évolution non périodique et ceux avec défect à long terme que dans des proportions plus réduites (fig. 11 et 13 respectivement).

En définitive, ces données permettent de déduire que les éléments dépressifs ou maniaques sont plus souvent associés aux poussées psychotiques dans les cas à évolution périodique et dans les cas à bon pronostic.

présence ou absence d'élements dépressifs ou maniaques pendant la poussée psychotique, dans la casuistique totale (55 cas)

présence 27 cas
absence 28 cas

figure 9



idem, dans les 21 cas d'évolution périodique.

présence 16 cas
absence 5 cas

figure 10

idem, dans les 34 cas d'évolution non périodique.

présence 11 cas
absence 23 cas

figure 11

idem, dans les 17 cas d'évolution sans défect ni symptomatologie résiduelle.

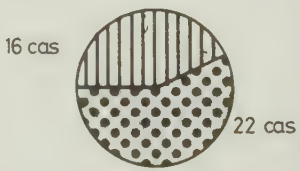
présence 11 cas
absence 6 cas

figure 12

idem, dans les 38 cas d'évolution avec défect ou symptomatologie résiduelle.

présence 16 cas
absence 22 cas

figure 13



E/ CASUISTIQUE

Nous résumons les observations des cas, illustrant la participation d'éléments dépressifs ou maniaques à la symptomatologie des poussées psychotiques et comprenant l'état psychique durant les intervalles entre les poussées.

Cas no 1 (C.T. Femme).- Hérédité : tante atteinte d'une maladie mentale non précisée; soeur maniaco-dépressive. Personnalité prémorbide schizoïde. Première poussée à 41 ans. Au total, 11 hospitalisations avec le diagnostic "Catatonie/schizophrénie périodique avec appoint maniaco-dépressif". Lors des dernières poussées marquées par un délire non systématisé et des hallucinations, des éléments dépressifs se dégagent nettement et les accès sont parfois suivis d'une phase sub-maniaque. Durant les intervalles, la patiente a traversé quelquefois de brefs épisodes dépressifs sans qu'il eut été nécessaire de l'hospitaliser, quelquefois des épisodes sub-maniaques. Les rémissions ont été qualifiées de "bonnes". En tout état de cause, la patiente est restée, durant les intervalles, bien adaptée à son milieu et à ses occupations de ménagère.

Cas no 2 (Ch. M. Femme).- Sans antécédents psychopathologiques familiaux connus ni traits personnels prémorbides marquants.

A la suite de deux circonstances (infection tbc et décès de son frère), la patiente qui a 36 ans est hospitalisée pour "démence précoce - poussée catatonique".

L'accès dure 2 mois, comporte une phase post-critique dépressive et se termine par la guérison. A 38 ans, la patiente récidive à la suite d'une grippe, reproduisant le même tableau. L'amélioration est plus rapide, permettant la sortie de l'hôpital après 4 semaines. Dans l'intervalle, la patiente poursuit "une vie dure de travail" comme cuisinière d'hôtel. Elle devient veuve, restant seul soutien de 5 enfants. Elle se remarie et perd aussi son deuxième conjoint. Au cours de la soixantaine, elle arrête le travail, "mène une vie calme et rangée, lit beaucoup et garde de riches contacts avec la famille".

Cas no 3 (D.M. Femme).- Frère de caractère épileptoïde. Pas d'autre charge héréditaire connue. Caractère prémorbide qualifié de "sombre, renfermé, soucieux". A 17 ans, souffre "d'anémie du cerveau" pour laquelle on lui ordonne une convalescence. Du premier mariage, conclu à 23 ans, sont issus 4 enfants dont 2 sont morts en bas âge. La patiente vit en bonne entente avec les siens. A la fin de la trentaine, elle subit des revers de santé (troubles cardiaques et affection hépatique). Elle devient veuve à 45 ans, supporte mal le veuvage, se sent dévalorisée d'être dépendante de son fils. A 47 ans, se marie en deuxièmes noces avec un "alcoolique brutal". La patiente réagit par une dépression. A 50 ans, elle est hospitalisée pour "poussée de schizophrénie à forme de catatonie dépressive". Les séjours ultérieurs sont connotés avec le diagnostic "d'accès mélancolique sur hypertension artérielle" ou de "psychose involutive à forme dépressive". Le dossier clinique retient que la patiente "rechute toujours sur le même mode dépressif". On relève que la première poussée

se résout par une "amélioration spectaculaire". Son mari se suicide une année plus tard. La patiente contracte un troisième mariage à l'âge de 53 ans. Bonne intégration familiale et sociale. Cependant, la patiente n'arrive pas à assumer comme avant ses tâches de ménagère, restant asthénique et subdépressive. L'Enquête conclut à des "traits de dépression assez importants", traits qui se sont fait jour à partir de la ménopause.

Cas no 4 (D,E. Homme).- Antécédents d'alcoolisme dans la ligne paternelle et traits névrotiques dans les lignes paternelle et maternelle. Personnalité prémorbide avec traits névrotiques et difficultés d'adaptation au milieu scolaire. A 17 ans et demi, on assiste à une "éclosion d'un tableau de dépression avec inhibition", lequel devient toujours plus prononcé avec conduite régressive. L'hospitalisation à 18 ans fait poser le diagnostic de catatonie. Cinq ans plus tard, le patient est réhospitalisé avec le même diagnostic sous le commentaire de "tableau dépressif net avec inhibition, sentiments d'incapacité, idées suicidaires etc.". Lors d'un séjour ultérieur, on parle d'"alcoolisme chronique sur schizophrénie simple". La catamnèse faite pour l'Enquête rectifie l'interprétation : " actuellement, on ne remarque pas de signes de la lignée schizophrénique, mais par contre l'état sub-dépressif chronique, les traits hypocondriaques font penser à des épisodes dans le cadre d'une dépression endogène ".

Pendant les intervalles "l'adaptation sociale est toujours très fragile". Comme manoeuvre agricole ou ouvrier non qualifié, le patient " a toujours eu des tâches subordonnées et élémentaires, correspondant à son niveau intellectuel, (sujet peu doué).

Vers la quarantaine, il développe des habitudes alcooliques qui augmentent sa dépendance vis-à-vis de la famille et de la communauté et nécessitent l'intervention des autorités à plusieurs reprises. L'état durant les intervalles, ne comporte en tout cas "pas de signes psychotiques clairs". Il ressort de l'Enquête qu'il faut admettre "une structure psychopathique avec traits hypocondriaques, avec tous les signes psychiques et physiques d'un alcoolisme chronique".

Cas no 5 (M.F. Homme).- Antécédents d'alcoolisme chez le père, qui est mort d'une paralysie bulbaire. Constitution pycnique, sans traits pathologiques dans la personnalité prémorbide. Début de la maladie à 20 ans sous le diagnostic de "schizophrénie à forme catatonique". Les poussées qui se sont répétées ont revêtu l'allure d'un tableau mixte : état d'agitation et hallucinatoire avec des idées de damnation; phases alternantes de dépression et d'excitation manifore; complètement dissocié". De ce fait, les poussées psychotiques ont donné lieu à des interprétations nosologiques variées: "catatonie, hébéphrénie, catatonie périodique avec phases maniformes et dépressives, états dépressif et maniforme alternants, schizophrénie périodique à forme catatonique".

Durant le premier intervalle, le patient travaille comme comptable. Il part aux Etats-Unis où il tombe malade à l'âge de 28 ans pour la deuxième fois. Il est rapatrié et se marie en Suisse; avec une bonne adaptation, il peut consolider sa situation en qualité d'employé d'assurances. Des hospitalisations prolongées dès l'âge de 40 ans font qu'il n'exerce plus sa profession que par périodes. Hospitalisé de 49 ans à 55 ans, il ne pourra plus se remettre dans le circuit. Devenu veuf, il est placé en milieu asilaire et trouve à s'occuper chez un jardinier du voisinage. Au moment de l'Enquête, son état donne lieu à l'interprétation suivante : "aucun signe de défect schizophrénique; niveau d'un équilibre à la limite entre la maladie et la santé parfaite, état sub-dépressif chronifié mais ne

nécessitant plus un traitement psychiatrique".

Cas no 6 (F,F. Femme).- Hérédité : alcoolisme chez son père et sa grand-mère et accès dépressifs chez deux soeurs. Pas de traits pathologiques dans la personnalité prémorbide; constitution incertaine. Avec le diagnostic de "catatonie", la patiente fait deux accès graves mais isolés à 23 et 41 ans. De "nets éléments maniformes" sont présents mais il arrive que la patiente soit "par moments triste". Le tableau d'une des poussées donne à penser que "plutôt que d'une catatonie, il pourrait s'agir d'un état maniaque un peu atypique". Selon l'interprétation de l'Enquête : il semble s'agir d'accès catatoniques avec éléments maniaques nets".

Pendant l'intervalle, la patiente a travaillé comme cuisinière. Plus tard, elle devient infirmière. Mariée à un paysan à 33 ans, elle travaille à la ferme et mène une vie "tout à fait normale et tranquille".

Cas no 7 (Th,A. Femme).- Absence de renseignements sur les antécédents familiaux. Personnalité prémorbide cycloïde. Constitution pycnique. Avec le diagnostic de "poussées catatoniques maniformes", la patiente fait 17 séjours où se reproduit le même tableau. Au côté des symptômes de la lignée catatonique (tel la flexibilité cireuse), on note des accès de désinhibition maniaque. Durant les intervalles, la patiente traverse de "petits épisodes dépressifs intercurrents". Toujours de courte durée, les poussées se sont déroulées de même façon, avec seulement un tableau "moins riche" pour les 2 à 3 dernières. Durant l'intervalle, rémission de toute symptomatologie avec critique de la maladie et conservation de la capacité de travail. Elle acquiert la formation d'infirmière, travaille dans les hôpitaux et en privé. A partir de 57 ans, elle fait

de petits épisodes dépressifs qui n'exigent pas d'hospitalisation. Au moment de l'Enquête, âgée de 71 ans, elle travaille encore comme infirmière. veilleuse avec une régularité de 20 nuits par mois, ce qui lui donne entière satisfaction.

Cas no 8 (T,S. Femme).- Sans hérédité psychiatrique. Personnalité prémorbide décrite comme "caractère apparemment très nerveux". A 28 ans "épisode dépressif avec idées délirantes de persécution, épisode liquidé en quelques semaines de traitement à domicile". A 38 ans, fait un épisode diagnostiqué de "catatonie" de caractère réactionnel quelques mois après la mort de sa mère. Elle est trouvée dans un état d'extrême agitation. Oppositionnelle et mutiste, elle refuse la nourriture et les médicaments. Rentre à la maison améliorée après un séjour de 18 jours.

On doit retenir que les épisodes d'allure psychotique sont survenus dans des périodes importantes de sa vie (accouchement et perte de la mère). Pendant l'intervalle, la patiente a mené une vie très active et satisfaisante, alors même qu'elle avait une lourde charge (mari handicapé; éducation de 3 enfants). Elle travaille comme femme de ménage et fait en plus de la couture. "Toujours très alerte, caractère gai, ouvert et sociable".

Cas no 9 (A,B. Femme).- Pas d'hérédité psychopathologique. Constitution pycnique. Sans traits prémorbides pathologiques.

Mariée, elle a un enfant à l'âge de 29 ans avec accouchement très pénible, après lequel "elle demeure quelques temps bizarre et incohérente". Se remet petit-à-petit, mais 4 années plus tard fait la première poussée psychotique franche "sans

cause apparente ". Les 11 poussées qui survirent furent diagnostiquées 3 fois comme " catatonies ", 4 fois comme "catatonies maniformes sur schizophrénie périodique" et 4 fois comme "schizophrénie périodique évoluant par poussée maniforme". Le premier intervalle a duré 13 ans, pendant lesquels la patiente travaille comme ménagère et "s'occupe de façon adéquate de sa famille". A partir de 46 ans, les poussées sont très rapprochées mais grâce aux bonnes rémissions la malade retrouva chaque fois une assez grande autonomie. Lors de la dernière hospitalisation à 63 ans, premiers indices d'un "syndrome résiduel avec apathie et passivité" mais sans troubles de l'adaptation familiale; seule sa vie sociale fut limitée par son autisme.

Cas no 10 (A,H. Femme).- Troubles psychiques non précisés chez une tante hospitalisée en psychiatrie. Constitution leptosome. Sans traits prémorbides pathologiques.

A 22 ans traverse "un épisode dépressif s'accompagnant d'indifférence et d'apragmatisme avec rémission spontanée". Deux ans plus tard, à la suite d'un cumul de circonstances (maladie de la mère, départ du fiancé pour le service militaire et par un incendie qui l'émeut fortement) présente des troubles du comportement avec tendance à s'isoler et à se négliger qui introduisirent une évolution vers la catatonie, motif de la première hospitalisation. La patiente se marie l'année suivante paraissant "assez bien stabilisée quoique l'intégration sociale eût laissé à désirer". 6 hospitalisations ont eu lieu, les rechutes étant de plus en plus rapprochées et marquées par une " symptomatologie de plus en plus grave". Durant les premiers intervalles elle arrive à s'acquitter assez bien des travaux de ménage, tout en présentant parfois de petits accès d'agitation. Mais l'évolution

finit par aboutir à un "état résiduel grave".

Cas no 11 (G,F. Homme).- Sans tare psychiatrique héréditaire. Personnalité prémorbide schizoïde. Constitution pycnoïde. Développement normal pendant l'enfance. Bonne adaptation scolaire; pas de difficultés dans l'armée. Alcoolisme d'abord occasionnel puis s'aggravant dès l'âge de 30 ans, à la suite d'un échec professionnel comme commerçant et d'une déception amoureuse. A 38 ans, fait une tentative de suicide par défénestration au cours d'une angine diphtérique; il est transféré dans un service de psychiatrie où l'on diagnostique une "dépression chez un catatonique", avec "forte azotémie". Pendant ce séjour, le patient présente une très riche symptomatologie mixte (idées de culpabilité et de persécution, bagarres, hallucinations, troubles du schéma corporel et tendances autodestructrices). Plusieurs séjours hospitaliers seront encore nécessaires. De plus, quelques récidives peuvent être traitées ambulatoirement. L'une des rechutes est survenue à la suite d'une prostatectomie. Pendant les intervalles, le patient "mène tranquillement sa vie", occupé à des travaux de jardinage et d'arboriculture; célibataire, protégé par sa soeur, il n'a fait preuve que d'une adaptation professionnelle et sociale médiocre.

Dans l'Enquête, il est question de "défect schizophrénique après plusieurs accès de schizophrénie catatonique dépressive".

Cas no 12 (H,M. Femme).- Hérédité : anomalies du caractère chez le père, dépression involutive chez la mère et tendances dépressives dans la lignée maternelle. Constitution décrite comme "longiligne un peu hypoplasique". Personnalité prémorbide anxieuse et soucieuse. A l'âge de 19 ans, fait une dépression réactionnelle

sur la base d'une déception sentimentale. Mariée à 28 ans, devient mère de 2 filles. A 38 ans, ayant été stérilisée après le deuxième accouchement, est sujette à une poussée de dépression qui dure quelques mois. Souffre de dépendance à l'égard des beaux-parents. Veuve à l'âge de 43 ans, "afin de se sécuriser épouse un manoeuvre rustre et peu affectueux auprès duquel elle ressent une intense frustration". A 60 ans, fait un nouvel accès avec négativisme et stupeur catatoniforme. Les observations cliniques concluent à des poussées de "schizophrénie à forme catatonique dépressive". L'un des accès a été qualifié de " catatonie stuporeuse grave", avec refus de la nourriture, déshydratation et anémie.

Pendant les intervalles, la patiente passe d'abord par une période de "bien-être exceptionnel avec hyperactivité et comportement hypomaniaque", pour évoluer ensuite vers des phases avec plaintes hypocondriaques et des phases dépressives qui ne nécessitent pas d'hospitalisation, passage de plus en plus apathique et "désinvestit" progressivement les relations avec son mari et son intérêt pour le ménage. L'affaiblissement de la vue et une altération de la santé entretiennent probablement cette évolution hypocondriaque. Il s'en suivit un "grand défect schizophrénique avec une attitude autiste et hermétique marquée".

Cas no 13 (M,F. Femme).- Sans hérédité psychopathologique. Personnalité prémorbide normale ("douée, active, jouissant toujours d'une grande indépendance").

Célibataire, elle connaît plusieurs déceptions amoureuses. A l'époque de la ménopause et à l'occasion d'une nouvelle déception, elle présente un état dépressif qui passe, après un mois, à un état catatonique avec mutisme, catalepsie, négativisme, attitude stéréotypée. Avec le diagnostic de "schizophrénie tardive à forme catatonique", elle est hospitalisée à 10 reprises, les premières poussées reproduisent le même tableau, les dernières se manifestant sous une forme paranoïde avec des thèmes érotiques et mégalomaniaques.

Pendant les premiers intervalles, la patiente est recueillie par sa soeur et peut se maintenir dans un emploi de caissière d'hôtel, avec un bon rendement. A la suite des dernières hospitalisations, elle dût être placée dans une pension, où elle s'intégre assez bien malgré un défect (autisme et délire chronique érotomaniaque), et un "état de légère excitation, l'euphorie mi-niaise, mi-infantile font penser à un état submaniaque".

Cas no 14 (Ch,G. Homme).- Antécédents familiaux : alcoolisme chez le père avec délire de jalousie, hospitalisation et suicide; cousin et tante paternels hospitalisés en psychiatrie pour des affections non précisées. Constitution incertaine et personnalité prémorbide et schizoïde. Fait un apprentissage de boucher-charcutier, pour s'employer ensuite dans diverses fonctions, faisant preuve d'une mauvaise adaptation professionnelle.

Première hospitalisation à 19 ans, alors qu'il venait d'être atteint de psoriasis généralisée. On diagnostique alors une "démence précoce catatonique".

Une deuxième poussée, à 25 ans, a coïncidé avec une crise de rhumatisme articulaire. Le tableau symptomatologique est caractérisé par des notations comme "adynamie, asthénie, thymie dépressive et résidus délirants". Des crises épileptiques surviennent à partir de l'âge de 52 ans, si bien que lors des dernières hospitalisations le diagnostic de catatonie est complété par celui d'épilepsie essentielle.

Pendant les premiers intervalles, il y a une mauvaise entente avec l'entourage, le patient se montrant très susceptible et agressif à l'occasion. Les poussées se succèdent et après apparurent des crises épileptiques, on le voit devenir un homme "calme, rangé, docile et serviable". Des traits obsessionnels et une "viscosité épileptoïde" sont venus marquer sa personnalité. Célibataire, écarté de sa famille, il habite en pension, travaillant comme jardinier.

Cas no 15 (M,B. Femme).- Pas de charge héréditaire. Constitution bréviligne. Personnalité prémorbide normale, intellectuellement douée.

A 31 ans est rapatriée d'Egypte en plein état catatoniforme. Avait été traitée pour une luès mais avait été négativée. La deuxième hospitalisation est motivée par une tentative de noyade. Cette deuxième poussée fait apparaître des tableaux alternants dépressifs et maniformes un délire de grandeur et de persécution, un symbolisme riche et des néologismes. Pour une partie des poussées, on a parlé d'"exacerbations catatoniques", alors que d'autres ont revêtu une allure paranoïde.

Pendant les intervalles, la patiente s'acquitte bien de son travail de comptable et conserve une bonne entente avec son partenaire. Selon l'Enquête, le syndrome résiduel apparu après la quarantaine n'a pas compromis l'adaptation sociale après chaque rechute.

Cas no 16 (M,H. Homme).- Hérédité : la grand-mère maternelle avait été sujette à des accès dépressifs de brève durée. Constitution leptosome. Personnalité prémorbide schizoïde.

A 16 ans, traverse un épisode dépressif avec idées de suicide par pendaison. Episodes étant résolus spontanément. Rechute l'année suivante à la suite d'un échec scolaire. Le diagnostic fut d'abord de "mélancolie périodique". Ensuite, la symptomatologie ayant changé lors des 7 épisodes ultérieurs, le diagnostic s'orienta vers "catatonie". Depuis l'âge de 40 ans le patient est resté durablement hospitalisé. Selon l'interprétation de l'Enquête, il s'est agi d'une "catatonie chronique".

Pendant les premiers intervalles, le patient reste dépendant de sa famille, mais il n'exerce pas d'activité rémunérée, se contentant de parfaire sa culture, ce que lui permet la situation aisée de ses parents. Après avoir connu de brèves rémissions, il évolue vers la chronicité. En coupe longitudinale, la psychose a débuté par des poussées, d'abord mélancoliques puis schizophréniques, prenant une forme périodique puis a évolué sur le mode d'une schizophrénie chronique.

Cas no 17 (P,R. Femme).- Père alcoolique. Constitution leptosome. Personnalité prémorbide sans traits remarquables autres qu'un tentamen suicidaire à l'âge de 19 ans, alors que la patienteétait à l'étranger. A 22 ans, est hospitalisée avec le diagnostic de "catatonie". La poussée a été inaugurée par un tentamen suicidaire; le tableau de la phase d'état comporta des hallucinations auditives et cénesthésiques, la crainte d'être tuée et une tendance à la catalepsie. La patiente est traitée durant une année. Elle fera plusieurs poussées du même type. Le premier intervalle est qualifié de "bonne rémission" de trois ans environ". Les autres intervalles sont d'un caractère plus déficitaire, avec mauvaise adaptation professionnelle dans la branche de l'hôtellerie. La détérioration s'accentua au point qu'à l'âge de 34 ans, la patiente fut placée dans un milieu protégé où elle resta jusqu'à l'âge de 71 ans. A cause d'un état déficitaire, il fallut la transférer dans un hôpital géronto-psychiatrique. L'évolution schizophrénique chronique a été fortement teintée d'hypocondrie.

Cas no 18 (P,B. Femme).- Hérédité : oncle maternel suicidé; cousin de la lignée paternelle avait passé par plusieurs états dépressifs, également suicidé; frère hospitalisé pour "alcoolisme chronique chez un psychopathe schizoïdeschizophrénie simple éventuelle". Constitution leptosome. Personnalité prémorbide décrite comme "cycloïde et hystériforme". Au niveau de sérieuses difficultés conjugales, la patiente en arrive, à l'âge de 54 ans, à une décompensation psychotique qui a fait poser le diagnostic de "schizophrénie

tardive à forme catatonique ". Cette première poussée est suivie de trois autres, toutes caractérisées par une symptomatologie typiquement catatonique, à laquelle se mêlent des éléments maniformes et dépressifs.

Pendant les intervalles, l'état correspond à des rémissions partielles, la situation étant par ailleurs aggravée du fait de la mésentente des conjoints et de multiples maladies physiques. La patiente néglige toujours plus les tâches ménagères. L'évolution se fait chronique nécessitant dès lors l'hospitalisation presque continue. Il survient dans cette évolution des "phases alternantes de dépression et d' inhibition et des phases d'agitation maniforme". L'Enquête la qualifie de "psychoses mixtes d'allure schizophrénique".

Cas no 19 (S,E. Femme).- Alcoolisme chez le père. Constitution pycnique. Adolescence traumatisée (parents divorcés quand la patiente était à l'âge scolaire), doit cesser ses études bien qu'elle eût été une bonne élève. Troubles de comportement avec de petits vols de nature probablement réactionnelle; grossesse illégitime à 16 ans; mariage à 17 ans. Dès cette époque, mène une vie stable, jusqu'à la ménopause où se produit un changement de caractère, la malade devient scrupuleuse. Insomniaque, elle est hospitalisée à 43 ans, pour "épuisement". Elle fait une tentative de suicide par défenestration qui marque le début d'une psychose diagnostiquée de "catatonie dépressive". Au total 4 poussées, toutes avec le même tableau. Pendant le premier intervalle qui dure 20 ans,

on note un certain défect caractérisé par un comportement désordonné et du désintérêt. D'une part, la patiente vit en mauvais termes avec son mari, de l'autre, elle est protégée par ses deux fils. 3 rechutes se reproduisent à partir de 70 ans. L'autisme prédomine alors dans l'altération de la personnalité.

Cas no 20 A,J. Homme).- Troubles caractériels chez la mère. Constitution leptosome. Personnalité prémorbide schizoïde avec difficultés d'adaptation scolaire.

Première hospitalisation à l'âge de 26 ans, suivie de quatre autres. Constamment hospitalisé à partir de la troisième poussée faite à l'âge de 61 ans. Le diagnostic posé fut celui d'"épisodes catatoniques au cours d'une schizophrénie périodique". Le tableau n'a jamais comporté de symptômes maniaques ni dépressifs. Les rémissions incomplètes ont permis au patient de travailler dans l'agriculture de manière satisfaisante mais ont laissé subsister "un certain autisme et passivité".

Cas no 21 (S,J. Femme).- Hérédité : troubles mentaux chez plusieurs membres de la famille, ayant nécessité des hospitalisations psychiatriques; suicide de l'un des proches. Pas de traits pathologiques dans la personnalité prémorbide. A 23 ans, présente un état aigü diagnostiqué de "catatonie". Sera réhospitalisé de multiples fois pour des accès homotypiques. A partir de 33 ans, la patiente reste hospitalisée sans discontinuer, avec exacerbations périodiques.

Pendant le premier intervalle, la patiente se marie. Son adaptation est taxée de "suffisante" sans qu'on soit renseigné sur sa vie conjugale. L'aggravation signalée dès le milieu de la trentaine a conduit à faire de la patiente une chronique "régressée et infantile". Dans le cours de l'évolution, on assiste encore à des périodes d'exacerbation.

6. ETAT PSYCHIQUE DANS L'INTERVALLE ET ETUDE DU VECU DE LA CRISE CHEZ 10 PATIENTS

Cette partie de notre travail est basée sur l'observation clinique directe et des entretiens catamnestiques que nous avons eus avec 10 patients qui avaient séjourné pendant les années 1974 - 1975 à l'hôpital Bellevue, Yverdon (secteur psychiatrique Nord du canton de Vaud). Pour les 10 malades sélectionnés, le diagnostic de "catatonie" avait été posé plusieurs fois. Tous ces patients suivaient encore un traitement ambulatoire. Nous les avons réexaminés personnellement, 9 à l'hôpital ou au Centre psycho-social, 1 à son domicile. Les interviews ont eu une durée moyenne de deux heures par patient. Pour quelques questions, telles que le degré d'adaptation à la réalité, la présence ou l'absence d'autisme, etc.., nous avons également contacté les familiers les plus proches.

Les items auxquels nous nous sommes intéressés se divisent en trois catégories :

A/ Etat psychopathologique pendant l'intervalle.- Nous avons recherché la présence ou l'absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation, d'autisme. Nous nous sommes intéressés au degré d'adaptation à la réalité et à l'état actuel de l'humeur.

B/ Quelle est l'attitude de ces malades face à l'épisode de catatonique vécu antérieurement ?- Nous avons considéré cette attitude subjective sous trois aspects :1/ amnésie plus ou moins totale; 2/ sentiment d'avoir passé par une crise

existentielle profonde avec mobilisation d'angoisse;
3/ sentiment d'avoir passé par un état non nécessairement désagréable, mais plutôt enrichissant.
Nous avons tenté de donner une description phénoménologique de ce que signifiait pour chaque patient l'expérience personnelle de la crise psychotique traversée.

C/ Nous avons cherché la présence ou l'absence d'épisodes dépressifs dans la biographie des malades, de même que d'éventuels éléments dépressifs durant l'accès catatonique pour une comparaison avec l'attitude générale et l'humeur durant l'intervalle.
Voici les résultats de nos 10 patients :

Cas I (P,Y. 42 ans(Femme).- Quatre poussées de schizophrénie catatonique. Tante, neveu et nièce dépressifs, ayant été hospitalisés. Personnalité décrite comme "renfermée et très timide à l'égard de son entourage".

A/ Absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de dépersonnalisation pendant l'intervalle. Ne se montre pas autiste; si elle mène une vie sociale limitée, cela est dû à un récent changement de localité. Mariée avec un ouvrier et mère de deux enfants de 5 (qui est en traitement logopédique) et 3 ans. Elle s'occupe de son ménage avec l'aide de sa belle-soeur qui la décharge en partie de sa fillette handicapée. Bien adaptée à la réalité. Avec des symptômes asthéniformes et sentiments d'incapacité "j'ai un manque de forces; m'occuper toujours de mes enfants est trop pénible pour moi". Cependant, elle dit avoir "goût à la vie".

B/ Elle dit "bien se rappeler" de ses crises. Tous les épisodes ne se sont pas déroulés de la même façon, "des fois je bougeais et parfois j'étais complètement bloquée". Elle se rendait compte de ce qui se passait dans son entourage "mais je ne sais pas pourquoi j'était bloquée". Pourquoi ne bougiez-vous pas ? "je pense que je ne voulais pas parce que c'était une folie que j'avais", "je voyais les choses autrement, c'est une maladie des idées", "j'avais des visions de personnes qui me persécutaient, de voitures qui voulaient m'écraser", "d'abord, je croyais que le personnel infirmier voulait me faire du mal, mais après j'ai réalisé qu'il était là pour me soigner".

Elle a vécu la crise comme une expérience "dure", pas enrichissante et plutôt pénible". "Maintenant, je trouve que je suis ressortie et je suis contente".

C/ A l'âge de 23 ans, a fait une dépression réactionnelle, ayant été abandonnée par son ami dont elle était enceinte. Avortement au troisième mois. Profond sentiment dépressif anxieux pendant les accès avec idées d'autodestruction, voire tentamens pendant les prodromes de la première poussée.

Actuellement, il y a un état sub-dépressif avec de légers symptômes asthéniformes et un sentiment d'incapacité. L'état d'humeur qu'elle dit être "moins gai qu'avant de faire ma dépression", est partiellement conditionné par le manque de soutien avec un mari, traité ambulatoirement pour dépression névrotique.

Cas II (F,M. 46 ans. Femme).- Une hospitalisation psychiatrique pour état dépressif avec quelques manifestations psychotiques et agitation qui avaient fait suspecter d'abord un délirium tremens. Deux autres séjours avec les diagnostics de "schizophrénie paranoïde chez une personnalité frustre", et "d'épisodes catatonique survenu au cours d'une schizophrénie subchronique". Personnalité débile du point de vue intellectuel. Constitution pycnique. Sans antécédents pathologiques familiaux connus.

A/ Absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de dépersonnalisation pendant l'intervalle. Du fait aussi de sa débilité mentale, la patiente n'est que très partiellement adaptée à la réalité. Le dossier des consultations ambulatoires la dépeind comme "une personnalité hautement autistique avec affectivité très réduite". Mariée avec un maçon et mère de 3 enfants de 22, 20 et 13 ans, elle vaque aux travaux domestiques, aidée une fois par semaine par une femme de ménage. Son état psychopathologique est difficile à évaluer parce que la patiente comprend mal nos questions et répond avec ralentissement et de façon très imprécise.

B/ Ne se remémore pas bien les accès psychotiques. Ne se rappelle pas la plupart des détails que nous lui rapportons d'après le dossier. Du point de vue affectif, elle est indifférente face à l'épisode. Elle se borne à dire qu'elle "n'aimait pas les piqûres", en dehors de quoi elle n'avait pas souffert. Pas de souvenir d'angoisse.

C/ Allure nettement dépressive dès la première poussée. Les autres épisodes ont donné probablement lieu à de l'angoisse, étant donné qu'existait du délire de persécution.

Elle considère son humeur comme "normale". La psychologue qui l'a testée remarque que l'on ne note chez la patiente "aucun vécu affectif". Pas de symptome d'angoisse. Le mari la trouve "plus calme qu'avant d'aller à Bellevue". Nous constatons une passivité extrême et une certaine niaiserie avec rires inadéquats.

Cas III (C,F. 63 ans. Femme).- vingt-et-une poussées diagnostiquées de "schizophrénie périodique à forme catatonique". On observe régulièrement soit un tableau de stupeur, soit d'agitation. Avec l'âge les manifestations psycho-motrices se sont atténuées, cependant qu'augmentaient les éléments paranoïdes. Personnalité prémorbide décrite comme "impressionnable et suggestible". Dépression involutive probable chez la mère, et suicide et caractère dissocial pour deux des frères.

A/ Absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de dépersonnalisation pendant l'intervalle. Léger retrait autistique, conditionné d'autre part par le désintérêt de ses enfants. Elle est bien adaptée à l'asile où elle a été placée et où elle ne se livre qu'à de petits travaux personnels. Pendant les intervalles elle a élevé 7 enfants et jusqu'à la mort de son mari a collaboré aux travaux de ferme. Les épisodes les plus récents furent caractérisés par des fugues et un délire de persécution.

B/ Amnésie partielle de ses crises. Elle indique que ses épisodes psychotiques ont été "pénibles". "J'étais vraiment malade et j'écoutais une voix qui disait qu'il fallait me couper les jambes". Mais elle a trouvé ses crises enrichissantes pour sa foi religieuse, "j'ai vu que le bon Dieu m'a aidée et m'a sauvée";

"il a été de mon côté parce que j'ai demandé du secours à l'Eternel", "je n'ai pas perdu la foi quand j'étais malade et il m'a dit : je suis avec toi et je te bénis".

C/ Eléments dysphoriques et parfois euphoriques pendant les crises. Labilité affective. En dehors des épisodes psychotiques, elle aurait été "plutôt gaie". De sa vie conjugale, elle dit qu'elle fut "épouvantable", le mari assouvissait des besoins sexuels de façon "bestiale", notamment en état d'ivresse. La patiente était heurtée dans sa foi religieuse par les pratiques auxquelles elle avait à se soumettre. Elle rend son mari responsable de sa maladie.

Cas IV (C,F. 32 ans. Femme).- Quatre poussées schizophrénie catatonique, les deux dernières d'allure dépressive avec comportement stuporeux. Traits névrotiques dans l'enfance; caractère décrit comme "bileux, pessimiste". Deux grands-oncles et une grand-tante maternelle hospitalisés en psychiatrie, probablement pour dépression.

A/ Absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation et d'autisme pendant l'intervalle. Normalement adaptée à la réalité. Elle est mariée avec un employé de banque et mère d'un enfant de deux ans. S'occupe de son ménage, est actuellement désireuse de prendre un emploi extérieur. Légères tendances dépressives et anxieuses compensées par le traitement ambulatoire. Mésentente sexuelle avec son mari et attitude ambivalente vis-à-vis de sa mère avec une certaine culpabilisation.

B/ Elle se souvient bien de ses accès, du personnel soignant, de la thématique délirante et de ses idées suicidaires. Elle s'exprime peu sur l'angoisse qui fut observée pendant les poussées. En revanche, elle tient l'expérience vécue au cours des phases psychotiques pour "pénible", "pas du tout enrichissante, tout le contraire".

C/ Les tendances dépressives furent nettes avant la survenue de la psychose. Incertitude quant à l'importance de la composante dépressive lors de la première poussée (à 20 ans). Dans les deux dernières poussées, les éléments dépressifs furent dominants, tout en étant mal structurés, d'où le diagnostic de dépression schizophrénique. Une tentative de suicide a marqué le début de la quatrième poussée. Actuellement, la patiente présente un état sub-dépressif dans une situation névrotique.

Cas V (P,F. 23 ans, Femme).- Trois poussées de "schizophrénie à forme catatonique", la première à l'âge de 17 ans. Personnalité décrite comme "timide avec complexe d'infériorité". Sans antécédents psychopathologiques familiaux.

A/ Absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de dépersonnalisation pendant l'intervalle. Léger retrait autistique, encore que la patiente eût été peu liante dès avant la psychose et n'eût pas esquissé le moindre pas vers l'émancipation. Elle a connu des difficultés d'adaptation au travail, malgré un bon niveau intellectuel. Est parvenue, entre les deux premières poussées à passer avec succès l'examen de capacité. D'employée de bureau est devenue ensuite télexiste mais n'a pu se maintenir dans

Cette spécialité après la 3ème poussée. Avec l'aide financière de l'assurance-invalidité, elle suit un stage de réadaptation. De par cette réadaptation, elle a été rendue plus indépendante de ses parents, n'habitant plus chez eux.

B/ Garde des souvenirs presque intacts de ses crises psychotiques, autant du vécu intérieur que des circonstances ayant marqué les séjours hospitaliers. Elle a vécu les épisodes comme "angoissants; j'avais peur à ce qu'on me fasse du mal". L'évocation de ce qu'elle a vécu lui pèse mais elle se reprend en déclarant : "je fais tout mon possible pour ne pas retourner".

C/ Sans éléments dépressifs nets pendant la crise ni pendant l'intervalle. L'humeur est plutôt indifférente en accord avec sa personnalité autiste. Dans la période récente, on a noté chez la patiente de légère fluctuations de l'humeur en fonction d'un élargissement de la sphère relationnelle. Léger état de vide affectif avec discrètes oscillations dépressives.

Cas VI (K,M. 60 ans. Femme).- Sept hospitalisations, la première à l'âge de 47 ans. Deux avec le diagnostic de "bouffées délirantes pré-ménopausiques"; quatre avec celui de "schizophrénie tardive à forme catatonique"; la dernière avec celui de "réaction neurasthénique" à la suite d'un surmenage. Personnalité prémorbide décrite comme "extrêmement sensible et émotive", "irritable et nerveuse". Dans les antécédents, quelques épisodes dépressifs mineurs(surtout en automne). Mère traitée pour schizophrénie périodique; père alcoolique; frère hydrocéphale mentalement arriéré.

A/ Pendant l'intervalle, absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation et d'autisme. Normalement adaptée à la réalité. Mariée avec un pasteur protestant, la patiente a une part importante dans la vie de la paroisse en plus des travaux de maison. A accusé récemment de l'épuisement.

B/ Amnésie partielle des crises. Les relate comme ayant été "toujours angoissantes" mais à des degrés différents : "les premières furent plus fortes puis chaque fois moins fortes". Elle précise que "cela dépendait aussi du médicament que je prenais". De la 4ème, elle déclare qu'elle a été "catastrophique"; j'étais enfermée comme un tigre dans une caisse". Cependant elle en vient à considérer ses expériences aussi comme enrichissantes "parce que je peux mieux comprendre des personnes qui souffrent et font des dépressions".

C/ Des épisodes dépressifs mineurs sont survenus avant la première poussée et réapparurent entre les poussées, celà généralement pendant la mauvaise saison. Auto-accusation et sentiment de catastrophe accompagnèrent le délire mystique pendant les poussées. Actuellement l'humeur de base est normale, toutefois la malade reste fatigable et quelque peu irritable.

Cas VII (R,E. 60 ans. Femme).- Au total 32 hospitalisations avec les diagnostics de "schizophrénie catatonique", "dépression hypocondriaque-catatonie" "schizophrénie à forme paranoïde", "épisode catatonique maniforme au cours d'une schizophrénie périodique", "dépression chez une cyclique". Lors des dernières hospitalisations le tableau clinique fut à dominance dépressive

ou maniaque, les manifestations de la lignée catatonique apparantes lors des poussées plus anciennes ayant rétrocédé. Personnalité prémorbide sans traits pathologiques. Pas d'antécédents familiaux pathologiques connus. Un enfant oligophrène placé en Institution depuis l'âge de 9 ans.

A/ Pendant l'intervalle, absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation et d'autisme. Bien adaptée à la réalité. La patiente pourvoit aux tâches ménagères simples, le ménage étant réduit à 2 personnes.

B/ Se souvient partiellement des accès catatoniques. Lorsqu'on lui rapporte des descriptions de ses états, elle s'étonne : "je ne me rappelle pas de tout" et "je ne sais pas pourquoi j'étais comme çà"; "parfois je me demande si j'arriverais à guérir"; "parfois j'entendais des voix qui me disaient de drôles d'idées méchantes, comme que mon mari ne m'aimait pas". La patiente confirme qu'elle a vécu des expériences psychotiques selon trois modes thymiques "parfois j'étais triste, parfois gaie, et parfois bizarre et drôle". Selon elle, l'attitude incompréhensive de son mari précipiterait les rechutes. Loin de ne garder que de mauvais souvenirs de la maladie, elle considère qu'elle a "appris beaucoup de choses", ce qui l'aurait rendue apte à se comprendre et à comprendre des déprimés et angoissés. Actuellement, elle juge avec optimisme son sort, espérant qu'elle n'aura plus a être hospitalisée.

C/ Il s'agit vraisemblablement d'une psychose mixte dont les poussées ont de moins en moins revêtu une allure schizophrénique

pour prendre la forme d'accès maniaques ou dépressifs. Après les dernières poussées, il subsistait dans les intervalles une certaine euphorie.

Cas VIII (M,E. 48 ans. Femme).- Treize hospitalisations avec divers diagnostics : "Délire hallucinatoire alcoolique", "schizophrénie catatonique", "schizophrénie périodique atypique", "réaction anxieuse". Personnalité prémorbide décrite comme "infantile". Plusieurs suicides dans la lignée paternelle; suicide également d'une tante maternelle.

A/ Pendant l'intervalle, absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation et d'autisme. Ouvrière d'usine, la patiente est bien adaptée à son travail et aux activités ménagères. Mariage tardif avec un éthylique. Vie sociale très limitée. A dû confier sa fillette à une de ses soeurs.

B/ Partiellement amnésique, la patiente n'a pas conservé de souvenirs de la thématique délirante, par contre bien d'hallucinatoires ("chats, autres bêtes"). Elle différencie les épisodes d'alcoolisme des poussées psychotiques ("les attaques de nerfs étaient autre chose"). Comprenant mal les questions, elle a de plus de la peine à reproduire le vécu des crises. Elle n'évoque que le caractère "triste et tragique". Il lui arrive pendant les intervalles d'avoir peur de rechuter.

C/ Composante dépressive importante lors des épisodes catatoniques, illustrée par une diminution de l'élan vital, une inhibition psychomotrice, de la fatigabilité et un sentiment d'incapacité. Le syndrome dépressif a également caractérisé le premier épisode où l'appoint alcoolique a été par ailleurs déterminant pour le délire hallucinatoire. Cependant qu'a cessé le recours à l'alcool, la patiente a continué de présenter des oscil-

lations dépressives-anxieuses durant les intervalles.

Cas IX (C,T. 56 ans, Femme).- Deux poussées de "schizophrénie tardive à forme catatonique", la première à l'âge de 48 ans. Sans traits psychopathologiques prémorbides, et sans antécédents familiaux connus.

A/ Après la deuxième poussée, la patiente indique entendre des bruits ne venant pas de l'extérieur ("la musique est dans ma tête", "ce sont mes nerfs qui ne marchent pas"), hallucinations psychiques paraissant relever d'un automatisme mental. Elle énonce, en outre, de façon non systématisée, des idées de concernement, de préjudice ou de ruine. Pas de phénomène de dépersonnalisation. Selon les fils, la patiente "est renfermée en elle-même", reste parfois "fixée pendant les demies-heures", solilloquant ou marmonnant. L'autisme est confirmée par le médecin traitant. L'adaptation à la réalité n'est que très partielle. Depuis le début de sa maladie, la patiente a cessé de travailler comme ouvrière d'usine. Mariée à un ouvrier et mère de 3 fils adultes, elle s'acquitte irrégulièrement et de façon limitée des travaux de ménage.

B/ Partiellement amnésique pour les poussées psychotiques, la patiente se souvient de visions hallucinatoires mais non pas des idées délirantes qu'elle y exprimait. Elle évoque parmi les expériences agréables, la vision quelle a eue de la Vierge et de poupées dansantes. En revanche, elle qualifie dans l'ensemble le vécu psychotique de "triste et pénible".

C/ Caractère prémorbide enjoué ("jeune j'étais très gaie"). Lors des poussées la patiente a présenté des symptômes dépressifs, peu structurés, avec craintes hypocandriaques. Pendant l'intervalle retour des éléments dépressifs, donnant lieu à un sentiment d'incapacité ou à des idées de ruine. Par incidence aussi revirements vers l'hypomanie avec chants et rires immotivés.

Cas X (B,M. 47 ans. Femme).- Dix-huit hospitalisations avec le diagnostic de "schizophrénie périodique à forme catatonique, avec appoint maniaco-dépressif". Lors des dernières hospitalisations, la symptomatologie prédominante fut dépressive-anxieuse avec discrètes manifestations psychotiques. Première poussée à l'âge de 24 ans, deux mois après un accouchement; les autres épisodes sans facteurs déclanchants notoires. Pas de traits psychopathologiques dans la personnalité prémorbide. Chez la mère de la patiente, manifestations dépressives qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation.

A/ Pendant l'intervalle, absence d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation et d'autisme. Bien adaptée à la réalité. Mariée à un menuisier et mère d'une fille de 20 ans, la patiente s'occupe entièrement du ménage. Selon le mari, tout est rentré dans l'ordre après chaque hospitalisation.

B/ La patiente se souvient bien des poussées et arrive à différencier les contenus maniaques des dépressifs : "des fois j'étais triste et des fois j'étais gaie"; "une fois je croyais

être dans un couvent et chantais";"parfois je voyais tout noir, et parfois j'avais envie de chanter et de danser". Elle ne peut s'expliquer ce qui la mettait dans cet état. Prises ensemble, les poussées lui apparaissent comme une expérience "triste et pénible". Même pour les accès maniformes, elle considère "qu'on est mal parce qu'on souffre et on est oppressée"; "ça n'est pas agréable, le coeur tape à toute vitesse".

C/ Eléments dépressifs et maniaques caractérisés pendant les poussées psychotiques. Ces éléments se retrouvent sous forme discrète pendant les intervalles. Actuellement, on note toujours une légère tonalité dépressive.

7. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Une première remarque s'impose : le matériel que nous avons étudié, c'est à dire les 55 cas provenant de l'"Enquête de Lausanne" et les 10 malades examinés récemment ne permettent pas de tirer des conclusions statistiquement valables. En effet, ces malades ne sont pas représentatifs de toute une population de schizophrènes et, surtout, leur nombre est trop restreint. Néanmoins, certaines constatations concernant des tendances peuvent être faites.

Dans l'étude approfondie du matériel de l'"Enquête de Lausanne", nous nous sommes moins intéressés au problème de l'état dans l'intervalle et du vécu subjectif, mais plutôt au problème de la périodicité. Or, comme nos tabelles l'ont montré, on ne peut parler d'une périodicité proprement dite que dans une minorité de cas. L'impression se dégage qu'au cours d'une vie le caractère des accès catatoniques peut se modifier, et que les exemples où les accès successifs se dérouleraient selon un schéma identique ne sont qu'exceptionnels. Nos observations permettent aussi de confirmer ce que les auteurs de l'"Enquête de Lausanne" (Ciompi et Müller) ont trouvé pour l'ensemble des schizophrènes. La première hospitalisation ne nous permet pas de dire avec certitude si cet accès catatonique restera le seul dans la vie du patient ou s'il reproduira plus tard. En ce qui concerne les rapports entre la catatonie et les autres sous-groupes de la schizophrènie, une tabelle nous a montré qu'à partir des années 1950, on assiste à une baisse relative des formes catatoniques par rapport aux autres formes de schizophrènie. Ce sont surtout les formes paranoïdes qui s'accroissent et, à un degré moindre, les formes hébéphréniques. Différentes hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce phénomène. La plus probable est celle que les habitudes de diagnostic des médecins ont changé, étant donné que les manifestations psycho-motrices de nature accessoire peuvent être réduites plus efficacement et plus rapidement depuis l'apparition des traitements neuroleptiques.

Quant à l'apparition d'éléments maniaques ou dépressifs dans le cours de la catatonie, les résultats permettent de dire que ces symptômes apparaissent plus fréquemment dans les cas à évolution périodique que dans les autres. Pour mémoire, nous rappelons les détails suivants :

Dans un groupe de 8 patients, les évolutions de type mixte sont caractérisées, aussi bien en coupe transversale qu'en coupe longitudinale, par la combinaison d'éléments schizophréniques avec des éléments maniaco-dépressifs. Les rémissions, à en juger d'après la qualité de l'adaptation sociale et professionnelle durant les intervalles, peuvent être taxées de complètes. Dans quelques cas, les intervalles furent marqués par de brèves oscillations sub-maniaques ou dépressives qui n'entraînèrent toutefois pas d'hospitalisations. Dans 3 cas (nos 3-4-5-) un état sub-dépressif s'installa à long terme, état dépourvu de signes de la série psychotique.

Dans un groupe de 11 patients, les tableaux, bien que comportant aussi des éléments maniaques ou dépressifs ou les deux, s'apparentent plus nettement à la schizophrénie. Les évolutions s'avèrent être rémittentes mais les intervalles sont marqués par un certain défect. La majorité de ces patients ont d'abord réussi à bien s'adapter sur les plans familial et professionnel puis un léger défect est apparu à la longue. Seul le cas no 12 a abouti à un grand défect. Le cas no 18 est resté hospitalisé de façon presque continue, tout en présentant des réactivations périodiques de la psychose. Dans le cas no 17, l'observation n'a pas enregistré d'éléments dépressifs nets mais nous l'avons inclus dans ce groupe à cause du tentamen suicidaire au début de l'évolution et surtout à cause de l'évolution hypocondriaque à long terme.

Chez deux patients seulement (cas 20 et 21), les éléments maniaques et dépressifs ont fait complètement défaut. Dans ces deux cas, les rémissions ne furent que partielles dès après les premières poussées et la psychose a tendu à se chronifier.

Parlons maintenant des 10 cas observés directement :

A. l'état psychopathologique pendant l'intervalle:

Sept patients (cas I, III, IV, VI, VII, VIII, X) sont exempts d'idées délirantes, d'hallucinations, de dépersonnalisation et d'autisme. Tous ces patients sont bien adaptés à la réalité, intégrés dans leurs activités (généralement comme ménagères) de même que dans la vie familiale. Une des patientes (cas III) a pu élever 7 enfants et a déployé une grande activité comme paysanne bien que sa vie ait été très entrecoupée et jalonnée durant les intervalles par des épisodes paranoïdes.

Deux cas présentent un certain degré de retrait autistique en l'absence de manifestations d'activité psychotique. Une des patientes (cas II), intellectuellement débile, mariée, n'arrive à suivre que partiellement ses tâches ménagères. L'autre (cas V), jeune fille de 23 ans, malgré un bon niveau intellectuel n'a pu se maintenir dans un emploi qualifié du fait de difficultés relationnelles et doit suivre un stage de réadaptation en milieu protégé.

Chez une seule patiente (cas IX), on relève un autisme prononcé, sur le fond duquel émergent de l'automatisme mental, des idées délirantes et des hallucinations, qui cependant lui permettent d'être bien intégrée dans une ambiance familiale favorable.

B. l'attitude des malades face aux épisodes catatoniques vécus antérieurement

Quatre patients disent bien se rappeler les poussées (cas I, IV, V, X). Ils ont été en mesure d'évoquer avec détails les contenus de pensées, les hallucinations, les relations avec l'entourage pendant l'épisode psychotique. Cinq patients (III, VI, VII, VIII, IX) n'ont pu évoquer qu'en partie leurs expériences des phases psychotiques.

Une seule patiente, (cas II), arriérée mentale, a été incapable de relater ce qu'elle a vécu durant les poussées.

Neuf patients ont le sentiment d'avoir passé par une crise existentielle avec mobilisation d'angoisse. Chacun d'eux a vécu l'expérience psychotique et nous la relate avec un degré d'introspection variable. Ils expriment ce sentiement en des termes tels que : "pénible, dur, angoissant, catastrophique, désagréable, triste, tragique". Une seule patiente (cas II), débile mentale, nie avoir été angoissée et ne fait par d'aucun vécu affectif, en contradiction avec l'observation clinique selon laquelle elle était très déprimée lors de la première poussée et que, durant les suivantes, elle était en proie à un délire de persécution.

Chez trois patientes (cas III, VI, VII) coexiste le sentiment que l'expérience psychotique a été un enrichissement pour elles. Deux d'entre elles (VI, VII) jugent que leurs expériences les aident à mieux comprendre les personnes qui souffrent et leur permettent de les soutenir. C'est ce que relève une en particulier (cas VI) femme de pasteur, pour qui l'expérience de la psychose fut un apport. Une autre patiente (cas III) attribue à ses expériences le renforcement de sa foi religieuse.

Deux patientes (VII, X) dans l'évolution desquelles les composantes dépressives et maniaques ont été fortes différencient bien les deux modalités d'épisodes. Pour elles les épisodes maniformes n'ont pas été moins redoutables que les poussées dépressives.

Une patiente (cas IX), chez laquelle les poussées furent d'allure sub-maniaque, évoque certains contenus agréables mais n'en considère pas moins que l'ensemble de ses expériences psychotiques furent pénibles.

C. De la présence ou l'absence d'épisodes dépressifs dans la biographie de ces malades et la comparaison d'éventuels éléments dépressifs durant l'accès de catatonie avec l'attitude générale et l'humeur durant l'intervalle, nous avons recueilli les données suivantes:

Huit patientes (cas I, II, VII, VIII, IX, X) ont présenté de nets symptômes dépressifs pendant les poussées. Deux de ces patientes (cas VII et X) ont présenté aussi de nets éléments maniaques, une patiente (cas IX) seulement de légers symptômes hypomaniaques. Pendant les intervalles, nous avons noté chez une des patientes (cas II), débile mentale, une humeur de base indifférente, corollaire d'une inaffectivité autistique, faisant place par intermittance à une euphorie niaise. Chez une patiente (cas VII) l'humeur se stabilisa durant les intervalles au niveau de l'euthymie. Dans les autres cas, les intervalles ont été caractérisés soit par un état sub-dépressif persistant, soit par des luctuations dépressives plus ou moins longues.

Chez toutes les patientes, les atteintes à la santé physique et les évènements biographiques ont exercé une influence sur l'évolution psychique, plus particulièrement en conditionnant l'humeur de base.

En résumé, nos 10 cas montrent qu'il serait tout à fait erroné de conclure que dans chaque cas de schizophrénie catatonique, il y a eu rémission complète dans l'intervalle. On a trouvé plusieurs cas où des éléments psychopathologiques sont présents, même durant les phases intermédiaires. De même, il n'y a pas non plus uniformité pour ce qui est du vécu subjectif du malade: tantôt il s'agit d'une expérience terrible, traumatisante, tantôt de quelque chose que le sujet ressent rétrospectivemnt comme une expérience utile ou nécessaire.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de l'ensemble de nos observations, si nous les mettons en rapport avec les différentes opinions émises dans la littérature, notamment dans les recherches sur les composantes bio-physiologiques (par exemple Giessling). Avec la réserve du petit nombre et en l'absence de preuves statistiques, nous pouvons supposer que l'épisode schizophrénique catatonique est typé nosologiquement de façon moins précise qu'on l'a prétendu jusqu'à présent. Malgré que nous avons dans notre matériel des cas où il y a eu jusqu'à 10 ou 12 répétitions de l'accès psychotique, nous ne pouvons parler d'une régularité mathématique, du moins dans la majorité des cas, Or, les études biologiques se basent surtout sur des cas dont l'évolution est particulièrement "typique" dans le sens de la périodicité. La question reste donc ouverte: dans quelle mesure des troubles biologiques sont-ils en rapport avec le déclenchement de la phase dans tous les autres cas de catatonie à évolution moins typique ?

En ce qui concerne notre autre hypothèse au sujet de l'importance des éléments cycliques (états maniaques et dépressifs), nous avons vu tout au long de nos observations, directes et indirectes, que dans nombres de cas il y a mélange, voire interférence, entre une symptomatologie schizophrénique et une symptomatologie surtout dépressive. Ceci nous paraît une constatation importante, étant donné qu'on a trop souvent considéré, dans la littérature ancienne, la catatonie comme un état particulièrement distinct, clairement séparable.

Mais si nous pouvons faire ces constatations sur le plan phénoménologique, il en va tout autrement en ce qui concerne les hypothèses étiologiques. Nous sommes évidemment loin de penser que ces quelques observations pourraient suffire à appuyer par exemple une hypothèse de psychose unique, ou pour dire par exemple que ce qui distingue la catatonie des autres formes de schizophrénie serait son apparenté avec la psychose maniaco-dépressive. Pour adopter une telle conclusion, il faudrait davantage de matériel et des comparaisons plus approfondies.

8. RESUME

Dans le présent travail, nous avons étudié 65 cas cliniques portant le diagnostic de catatonie. Un premier lot de 55 malades provient de l'"Enquête de Lausanne" (voir Ciompi et Müller), et un deuxième de 10 cas de la Clinique psychiatrique de Bellevue/Yverdon. Les dossiers mis à notre disposition comprenaient des résumés très complets d'observation, avec catamnèse. Nous nous sommes surtout intéressé au problème de la périodicité, de la symptomatologie durant l'accès, de l'état mental du malade dans l'intervalle, de la présence ou de l'absence d'éléments maniaco-dépressifs dans l'anamnèse, durant la crise et dans l'intervalle, et enfin au problème du vécu subjectif rétrospectif du patient. Sans avoir une valeur statistique nette, nous avons pu dégager les tendances suivantes :

La schizophrénie catatonique, tout en gardant sa position particulière dans l'ensemble des psychoses schizophréniques, est probablement moins typique en ce qui concerne la "pureté" des symptômes durant les accès, ainsi que la régularité, voire la périodicité, des rechutes.

Des éléments cycliques faisant penser à une apparenté avec la psychose maniaco-dépressive sont relativement fréquents, et apparaissent soit dans l'anamnèse, soit au moment de la crise, soit dans les intervalles.

Les intervalles entre les états catatoniques aigus ne présentent pas non plus un aspect homogène : tantôt il y a absence de toute symptomatologie, tantôt il y a présence de symptômes résiduels.

Enfin, le vécu subjectif du malade après la crise varie également entre deux pôles, soit une expérience terrifiante avec amnésie, soit une réminiscence d'aspect positif.

9. BIBLIOGRAPHIE

ABELY, P., LAUZIER, B. La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique. Ann. méd.-psychol., 122 (I) : 729-746, 1964.

ABRAHAM, G. Le problème des psychoses mixtes. Ann. méd.-psychol., 122 (II) : 481-490, 1964.

ALONSO-FERNANDEZ, F. Fundamentos de la psiquiatria actual. Madrid, Ed. Paz Montalvo, 1972.

ARIETI, S. American handbook of psychiatry. 2nd ed. Vol. III, chap. 23, New York, Basic books, 1974.

BARBE, A. Les difficultés du diagnostic différentiel entre la démence précoce et la psychose périodique. Encéphale, 10/5 : 437 - 451, 1912.

BARUK, H. L'état mental au cours de l'accès catatonique. Ann. méd.-psychol., 92 (I) : 317-346. 1934.

BARUK, H. Précis de psychiatrie. Chap. 6. Paris, Masson, 1950.

BLEULER, E. Tratado de psiquiatria. Madrid, Espasa-Calpe, 1967.

CABALEIRO GOAS, M. Problemas actuales de las psicosis esquizofrenicas. Madrid, Ed. Paz Montalvo, 1953.

CLAUDE, H., BARUK, H. La catatonie. Etude clinique et physiologie pathologique. Presse médicale, no 103 : 1641-1645, 1928.

CLAUDE, H. BARUK, H. Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. Encéphale, 23/5 : 373-405, 1928.

CLAUDE H., LEVY-VALENSI, J. Psychose périodique et démence précoce. Encéphale, 26 : 377 - 415, 1931.

COOKSON, B.A., QUARRINGTON, B., HUSZKA, L. Longitudinal study of periodic catatonia. Long-term clinical and biochemical study of a woman with periodic catatonia. J. psychiat. res., 5 : 15 - 38, 1967.

DAGAND, H. Un cas de catatonie intermittente pure suivi depuis vingt-quatre ans. Encéphale, 31 : 293-299, 1936.

DANZIGER, L., ELMERGREEN, G.L. Mechanism of periodic catatonia. Pathophysiological aspects of psychoses. Symposium Zürich 1957. Conf. neurol., 18 : 159 - 166, 1958.

DANZIGER, L., KINDWALL, J.A. Periodic relapsing catatonia : simplified diagnosis and treatment. Dis. nerv. syst., 9 : 330 - 335, 1948.

DELAY, J., DENIKER, P., GRASSET, A. Métamorphoses dans un syndrome schizophrénique. Ann. méd. psychol., 111 (II) : 343 - 345, 1953.

DIVRY, P. La catatonie. 32e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Anvers 1928. Comptes-rendus. Paris, Masson, 1928.

EY, H. Etudes psychiatriques. Aspects séméiologiques. T. 2. Paris, Desclée de Brouwer, 1950.

FADDA, S., MULLER, C. La dépression post-schizophrénique. Ann. méd.-psychol., 133 (II) : 65 - 72, 1975.

FISH, F.J. Schizophrenia. Bristol, John Wright, 1962.

GASANOV, K.H.A., DADASHEY, F.A. Autoimmune diseases of the thyroid gland in patients with periodic schizophrenia. Zh. nevropath. psik, 12 : 1837 - 1841, 1972.

GJESSING, R., GJESSING, L.A review of periodic catatonia. Biol. psychiat., 8 : 23 - 45, 1974.

GJESSING, R., GJESSING, L. Some main trends in the clinical aspects of periodic catatonia. Acta psychiat. scand., 37 : 1 - 13, 1961.

GJESSING, R.L. Longitudinal studies of periodic catatonia. In : Siva Sankar, D.V. (Ed). Schizophrenia : current concepts and research. Hicksville (N.Y.), PJD Publ., 1969. Pp 638 - 644.

GJESSING, R.L. Studies of periodic catatonia. I. Blood levels of protein-bound iodine and urinary excretion of vanilly-mandellic acid in relation to clinical course. J. psychiat. res., 2 : 123 - 134, 1964.

GUGGENHEIM, F.G., BABIGHIAN, H.M. Catatonic schizophrenia : épidemiology and clinical course. J. nerv. ment. dis., 158/4 : 291 - 305, 1974.

GUIRAUD, P. Psychiatrie générale. Paris, Librairie Le François, 1950.

HEARST, E.D., MUNOZ, R.A., TUASON, V.B. Catatonia : its diagnostic validity. Dis. nerv. syst., 32 : 453 - 456, 1971.

HEUYER, G. La schizophrénie. Paris, Presses universitaires de France, 1974.

HOCH, P., ZUBIN, J. Psychopathology of schizophrenia. New York, Grune & Stratton,1966.

IAROSLAVISEV, S.A. Clinical charasteristics of depressive hallucinations in periodic schizophrenia. Zh. nevropat. psik., 73/6 : 898 - 902, 1973.

KALLAGIN, V.N. The clinical picture and dynamics of affective states in periodic schizophrenia manifested by oneiroid-catatonic states. Zh. neuropat. psik., 73/6 : 894 - 898, 1973.

KIRBY, G.H. The catatonic syndrome and its relation to manic-depressive insanity. J. nerv. ment. dis., 40 : 694 - 704, 1913.

LABOUCARIE, J. Le devenir des psychoses délirantes aigues et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire. Confront. psychiat., no 2 : 31 - 52, 1968.

LEVY, M. Jr. Contribuçao para o estudio das psicoses atipicas : esquizofrenias con manifestaçoes maniacas. Arquiv. Neuropsiquiat., 8 / 1 : 67 - 72, 1950.

LINDSAY, J.S. Periodic catatonia. J. ment. sci., 94 : 590 - 602, 1948.

MALE, P., AJURIAGUERRA, J. de Narcolepsie, cataplexie, hallucinose, avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité. Ann. méd.-psychol., 102 (I) : 266 - 269, 1944.

MAYER-GROSS, W., SLATER, E., ROTH, M. Clinical psychiatry. London, Bailliere, Tindall & Cassel, 1974.

MIRA Y LOPEZ, E. Psiquiatria. T.1. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1954.

MORRISON, J.R. Catatonia, retarded and excited types. Arch. gen. psychiat., 28 : 39 - 41, 1973.

MULLER, C. Influence de l'âge sur les maladies mentales préexistantes. Schweiz. med. Wschr., 95 : 1001 - 1005, 1965.

MULLER, C. Le problème de l'interférence des troubles de la sénescence avec les psychoses préexistantes. Encéphale, 59 : 81-89, 1970.

MULLER, C. Schizophrenia in advanced age. Brit. J. psychiat., 118 : 347.348, 1971.

MULLER, C., CIOMPI, L. The " Enquête de Lausanne " : à long - terme follow-up study on the influence of aging on former mental illness. In : 9e Congrès international de gérontologie, Kiev, 1972. Vol. 1, p. 74.

PAPADIMITRIOU, G. Les syndromes périodiques mentaux non maniaco-dépressifs. Ann. méd. psychol., 113 (II) : 424.460, 1955.

PERRY, T.L, HEMMING, S., DRUMMOND, G.I., GJESSING, L.R. Urinary cyclic AMP in periodic catatonia. Amer. J. psychiat., 130/8 : 927-929, 1973.

POLONIO, P. Periodic schizophrenia. Msch. Psychiat. Neurol., 128/4 : 265.272.1954.

POROT, M., COUADEAU, A., AUBIN, B. Aspects évolutifs actuels des schizophrénies. Confront. Psychiat., no 2 : 53-76, 1968.

REDALIE, L. Les syndromes circulaires, Encéphale, 23 : 731-745, 1928.

REDLICH, C., FREEDMAN, D.X. The theory and practice of psychiatry. Nwe York, Basic books, 1966.

SAUSSURE, R. de Diagnostic différentiel entre la folie maniaque-dépressive et la catatonie. Encéphale, 19 : 73-82, 1924.

SEGLAS, J., CHASLIN, P.H. La catatonie, I, II, III. Arch. de neurol. (Paris), XV : 254-433, 1888.

SEGLAS, J., CHASLIN, P.H. La catatonie, IV, V. Arch. de neurol. (Paris), XVI : 52.65, 1888.

SEGLAS, J., COLLIN, A. A propos du diagnostic de la démence précoce et de la folie maniaque-dépressive. Encéphale, 4 : 557-562, 1909.

SHTERNBERG, E.I.A., MOLCHANOVA, E.K. The course of attack-like schizophrenia with long remission periods. Zh. Neuropat. psik., 78 : 97-103, 1972.

SIMONE, G. de., La catatonie permicieuse existe-t-elle encore? Encéphale, 51 : 74-83, 1962.

SOLE-SAGARRA, J., LEONHARD, K. Manual de psiquiatria. Madrid, Ed Morata, 1957.

SOURS, J.A. Akinetic mutism simulating catatonic schizophrenia. Armer. J. psychiat., 119 : 451.455, 1962.

SOVNER, R.D., Mc HUG, P.R. In the treatment of periodic catatonia : A case report. J. nerv. ment. dis., 158 : 214 - 221, 1974.

TAKAHASHI, S., GJESSING, L.R. Studies of periodic catatonia. III. Longitudinal sleep study with urinary excretion of catecholamines. J. psychiat. res., 9 : 123 - 139, 1972.

TAKAHASHI, S., GJESSING, L.R. Studies of periodic catatonia. IV. Longitudinal study of catecholamine metabolism, with and without drugs. J. psychiat. res., 9 : 293.314, 1972.

TAKAHASHI , S., GJESSING, L.R. Paradoxical bradicardia during REM sleep in periodic catatonia. Acta psychiat. scand., 49 : 525-234, 1973.

VALLEJO NAGERA, A. Lecciones de psiquiatria. Lec. 23. Madrid, Ed. Cientifico-medica, 1955. 5a ed.

WING, J.K. Evolution et pronostic de la schizophrénie. Confront. psychiat., no 2 : 77 - 86, 1968.